WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
POTRZEBOM
LEKARZA
PRAKTYKA
I PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE
CONSACRÉE À LA
LITTÉRATURE
MEDICALE
FRANÇAISE
ET AUX BESOINS
DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1937
NUMER 11
LISTOPAD

ROK WYD. XI

HYPOTAN

Pochodna choliny w połączeniu z chloralem, działające per os

ROZSZERZA TĘTNICZKI I UŚMIERZA SKURCZE NACZYNIOWE.

POPRAWIA KRĄŻENIE KRWI, USUWA DOLEGLIWOŚCI PODMIOTOWE, OBNIŻA CIŚNIENIE.

NIEMA SZKODLIWEGO DZIAŁANIA NA SERCE, WĄTROBĘ LUB NERKI.

PEPTICOL



ZESPÓŁ WIELOWARTOŚCIOWYCH PEPTONÓW Z MIĘSA RYB, JAJ, MLEKA I ZBOŻA W STANIE PŁYNNYM



CHRONI PRZED WSTRZĄSEM ANAFILAKTYCZNYM, ODCZULA USTRÓJ, LECZY ZABURZENIA W TRAWIENIU, ODDYCHANIU I KRĄŻENIU, SCHORZENIA UKŁADU NERWOWEGO I DERMATOZY NA TLE ANAFILAKSJI



DAWKOWANIE: 1 — 2 łyż. od herbaty 3 razy dziennie (dzieci połowę dawki) na 15 min. przed jedzeniem w wodzie gazowanej

CHEM. FARM. ZAKŁ. PRZEM. HANDL. L. NASIEROWSKI, Warszawa, Kaliska 9

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XI WARSZAWA, LISTOPAD 1937 R. NUMER XI

PRACE ORYGINALNE

POWSTAWANIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE ROZSZERZEŃ OSKRZELI

skreślił

PROF. DR ZDZISŁAW GORECKI.
(Warszawa).

Gdy jest mowa o rozszerzeniach oskrzeli wyłania się przed oczyma lekarza najczęściej rozpaczliwy obraz chorego gorączkującego, wyniszczonego, leżącego w odosobnieniu, gdyż oddech jego zatruwa powietrze. Płuca w badaniu fizycznym i na kliszy rentgenowskiej przedstawiają niemniej rozpaczliwy obraz: zmian świadczących o nacieku lub stwardnieniu miąższu płucnego i zmian odpowiadających jamom. Spluwaczki, pełne cuchnącej ropy odkaszliwanej rankami, wynosi się jedną za drugą, otoczenie chorego zrozpaczone a lekarz bezradny wobec nadmiaru cierpienia i nędzy chorego.

Obraz ten, niestety, znany jest każdemu lekarzowi, ale mniej znane mu są akty, poprzedzające tę ostatnią odsłonę dramatu, kiedy odpowiednie leczenie i zapobieganie osiągnąć może pełne powodzenie lub przynajmniej opóźnić i osłabić dalszy rozwój wypadków.

Dlatego, pragnąc mówić o leczeniu, należy odróżnić poszczególne postacie kliniczne rozszerzenia oskrzeli i fazy ich rozwoju.

Przyczyna i sposób powstania tej choroby rozmaicie są przedstawiane przez autorów. Niektórzy przyjmują jedną przyczynę powstawania rozszerzeń oskrzeli, inni (a tych jest większość), sądzą, że przyczyny mogą być różne. Niema pod tym względem jednolitości poglądów, co przejawia się zarówno w podręcznikach jak i w pracach ogłaszanych, a przede wszystkim występuje na kongresach, które zwłaszcza w ostatnich latach coraz chętniej zajmują się tą sprawą (Kongres francuski 1932, włoski 1934, Zjazd Intern. Polskich w Łucku 1935). Zainteresowanie się rozszerzeniami oskrzeli jest może dlatego tak znaczne, że sposoby rozpoznania ich dzięki zdjęciom rentgenowskim po wlaniu lipiodolu (metoda wprowadzona przez Sicarda i Forestiera uległa sczasem dogodnym ulepszeniom) znacznie są łatwiejsze a może i dlatego, że zrozumiano jak ciężkim jest to cierpienie. Muszę z góry podkreślić ze zrozumiałym zadowoleniem, że podobnie jak i w innych działach medycyny, także leczenie rozszerzeń oskrzeli stoi w Polsce bardzo wysoko pod względem opracowania klinicznego i należy sobie tylko życzyć, by rozpowszechniło się ono szybciej i szerzej, niż to dziś może ma miejsce. Pragnąc do tego się przyczynić zgodziłem się chętnie, na życzenie p. Redaktora „Wiedzy Lekarskiej" Doc. Dr E. Reicher, przedstawić moje poglądy na to schorzenie i sposoby leczenia przeprowadzane od 5 lat w kierowanej przeze mnie I. Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.

I. Powstawanie i podział rozszerzeń oskrzeli.

Rozszerzenia oskrzeli są chorobą częstą, a spotykamy je w każdym wieku i niezależnie od płci. Jeżeli chodzi o dzieci, choroba ta jest przeważnie pochodzenia wrodzonego (w sprawie szczegółów odsyłam czytelnika do pięknej pracy St. Popowskiego: Gruźlica 1930. Nr 5 z Kliniki Chor. Dziecięcych U. J. P. Prof. Michałowicza). Zaburzenia rozwojowe polegają albo na zahamowaniu rozwoju pęcherzyków płucnych, przyczym oskrzela ulegają rozszerzeniu (Kaufmann), albo ma miejsce torbielowatość oskrzelowa (Störck 1897). Pediatrzy francuscy (począwszy od Hutinela), a także niektórzy nasi autorowie podają też kiłę jako przyczynę tych zaburzeń rozwojowych. Istnieją i dziś poważni autorowie (jak prof. Sauerbruch, a także sędziwy prof. Bard i inni), którzy sądzą, że rozszerzenia oskrzeli u dorosłych są wrodzonego pochodzenia, a tylko ujawniają się w późniejszym dopiero wieku (Sauerbruch sądzi, że ma to miejsce w 80%). Kartagener podaje przypadki rodzinnego występowania rozszerzeń oskrzeli. Tu odrazu zaznaczę, że osobiście przyjmuję ten pogląd (u dorosłych) jedynie dla wyjątkowych przypadków, a mianowicie wtedy, gdy chodzi o torbielowatość oskrzelową lub o rozszerzenie workowate bez współistniejących poważniejszych *zmian w miąższu płucnym* i jeżeli te przypadki jako takie były rozpoznane już przed okresem pokwitania. Przypadki te u *dorosłych* zdarzają się bardzo rzadko wobec częstości rozszerzeń oskrzeli pochodzenia *nabytego* i to tym bardziej, że już klinika chorób dziecięcych poucza nas, że omawiane cierpienie ujawnia się już u dzieci a przebiega ciężko i z dużą śmiertelnością.

Rozszerzenia oskrzeli nabyte.

1. *Teoria oskrzelowa,* której twórcą jest Laënnec (zatkanie światła oskrzela przez lepką wydzielinę), przypisuje powstawanie rozszerzeń oskrzeli banalnym, lecz powtarzającym się nieżytom oskrzeli, które osłabiają ich ściany. Wobec częstości jednak tych nieżytów czynnik ten wydaje się niewystarczający dla wywołania tak znacznego skutku tym bardziej, że doświadczalne zakażenia ścian oskrzeli doprowadzają do powstania ropni, a nie do rozszerzeń (Smith). Bardziej przekonywujące są badania Ameuille'a, Mèzard'a, Lemoine'a, którzy histologicznie stwierdzili obecność zakrzepów, zamykających światło tętnic oskrzelowych w obrębie rozszerzeń oskrzeli. Wydaje mi się jednak niedowiedzionym, czy stwierdzone zmiany są przyczyną czy skutkiem choroby. Niewątpliwie do rozszerzeń oskrzeli może prowadzić zatrucie gazami bojowymi i obecność ciał obcych w oskrzelu, są to jednak przyczyny nie tak częste (gazy bojowe) lub działające pośrednio (zmiany w otaczającym miąższu płucnym w razie obecności ciała obcego w oskrzelu).

2. *Teoria płucna* przyjmuje za przyczynę powstawania rozszerzeń oskrzeli zmiany, najczęściej zapalne, w miąższu płucnym, po których występuje bujanie łączno-tkankowe (stwardnienia, marskość płuca, sclerosis, cirrhosis pulmonum) i następowe kurczenie się blizn rozciąga oskrzela. Podobne procesy mogą być różnej etiologii: kiła, gruźlica, zapalenia płatowe lub odoskrzelowe płuc, ropień i zgorzel płuc a także rak płuc. Powyższy sposób powstawania rozszerzeń oskrzeli zdaje się nie ulegać wątpliwości, nie tłumaczy jednak powstawania wszystkich rozszerzeń.

3. *Teoria opłucna,* już dawniej podawana przez Barda i Rogera, przyjmuje istnienie zrostów opłucnej jako przyczynę rozszerzeń oskrzeli. Tu możnaby postawić zarzut, że nieraz przecież widzimy zrosty opłucnej rozmaitego natężenia i rozmaicie rozmieszczone, ale bez rozszerzeń oskrzeli; trudno też jest dowieść, że istniejące zrosty są przyczyną a nie sprawą towarzyszącą rozszerzeniom oskrzeli. Zresztą najczęściej chodzi o współistnienie także i zmian płucnych. I słusznie jeszcze Wł. Biegański (1892) mówił, że marskość płuca bez zrostów opłucnej daje raczej zwężenie oskrzeli, natomiast marskość płuca przy istnieniu silnych zrostów opłucnej wywołuje rozszerzenia. Wydaje się to zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy, jak daleko idące przemieszczenia narządów klatki piersiowej, zapadnięcia danej strony klatki piersiowej, skrzywienia kręgosłupa powstać mogą w przebiegu współistniejących chorób płuc i opłucnej, ulegających zbliznowaceniu.

Rozpatrując powyższe poglądy, które przedstawiłem w bardzo krótkim zarysie,

należy przyjąć, że przyczyny, wywołujące rozszerzenia oskrzeli mogą być różne co do etiologii, że jedne z nich są częstsze, inne rzadsze, że są między nimi niewątpliwe, ale są i inne mniej przekonywujące i, wreszcie, że brak jest uwzględnienia tych warunków i czynników, na które ostatnio zwraca się szczególną uwagę, także i w innych chorobach.

Powyższy stan rzeczy skłonił mnie do rewizji tych poglądów i dalszych badań klinicznych, na podstawie których podałem Zjazdowi Intern. Pol. w Łucku 1935 r. własny podział rozszerzeń oskrzeli. Dalsze badania, nadal prowadzone w mojej klinice na obfitym materiale, utwierdzają mnie w tych poglądach, które poniżej przedstawię.

Odróżniam u dorosłych:

I. Rozszerzenia oskrzeli wrodzone, ujawniające się przeważnie w wieku dziecięcym przed okresem dojrzewania płciowego (bronchiectasis congenita) widywane przez pediatrów, rzadziej spotykane przez internistów.

II. Rozszerzenia oskrzeli nabyte (bronchiestasis acquisita):

1. *Wtórne* czyli płucno-opłucne (bronchiectasis acquisita secundaria vel cirrhotica pleuro et pneumogenes), jak je nazywa W. Orłowski.

Postać ta jest zejściem spraw płucnych, wyżej wymienionych, o różnej etiologii, której istotą jest łącznotkankowe bujanie płucno - opłucne często z postępującymi sprawami zapalnymi, które następnie ulegają zbliznowaceniu i tworzą rozszerzenia w myśl poglądów Biegańskiego. Postać ta jest bodaj najczęstsza, zwłaszcza u chorych młodych i w średnim wieku.

2. *Pierwotne* (bronchiestasis acquisita primaria).
   a) wczesna, młodzieńcza (juvenilis),
   b) późna, rozedmowa (emphysematica).

Patogeneza obu ostatnich postaci, przeze mnie wyodrębnianych, wymaga omówienia, choć w krótkim zarysie.

a) *Rozszerzenia oskrzeli pierwotne, wczesne* powstają, wedle mego zdania, u młodzieży w okresie dojrzewania płciowego, i to częściej u tych jednostek, które w tym okresie szybko rosną i przedstawiają typ konstytucyjny raczej piersiowy. Ponieważ przepona u dzieci jest z reguły znacznie wyżej ustawiona, niż u dorosłych i właśnie w ciągu paru lat dorastania bardzo szybko obniża się głównie na skutek rozwoju kośćca (zresztą obniża się powtórnie w wieku późniejszym, ale z innej przyczyny, o czem mówić jeszcze będę), przeto okres ten na tle mechanicznego rozciągania tkanki płucnej przedstawia dogodne warunki dla powstania rozszerzeń oskrzeli i wogóle zmian w tkance płucnej, dotyczących przede wszystkim włókien sprężystych. W pracy mojej p. t. „Kliniczne postacie rozedmy płuc i jej leczenie" (P. Archiwum Med. Wewn. T. X. z 3. 1932) wyodrębniłem tę ważną praktycznie postać atonii czyli zwiotczenia tkanki płucnej, która może być wywołana bądź-to przez długotrwałe stany zakaźne (dur brzuszny itp.) bądź też, zwłaszcza u kobiet, po porodach, bądź wreszcie u młodzieży obojga płci na tle *konstytucyjnym*. Ta ostatnia odmiana: atonia płucna asteników (atonia pulmonum asthenicorum) stoi w pewnym związku z tworzeniem się rozszerzeń oskrzeli wieku młodzieńczego. Cechą tej atonii płuc jest mniejsza sprężystość tkanki płucnej, co łatwo można stwierdzić badaniem fizycznym: odgłos opukowy jest niski, bębenkowy, granice płucne obniżone, słabiej ruchome, niż w warunkach prawidłowych. Zazwyczaj można stwierdzić i inne cechy mniejszej wartości elementów sprężystych, jak np. opuszczenie trzewiów u tej młodzieży, mimo braku wiszącego brzucha, który zapadnięty w części górnej nieznacznie tylko uwypukla się poniżej pępka. Także i napięcie (tonus) mięśni prążkowanych wogóle a mięśni powłok brzusznych w szczególności jest znacznie mniejsze, co wykazuje z łatwością obmacywanie brzucha, typ oddychania odznacza się dlatego przewagą oddychania brzusznego co pociąga za sobą jeszcze większe obniżenie przepony. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazuje wzmożoną przejrzystość miąższu płucnego z wystąpieniem drzewa naczyniowego oraz opuszczenie trzewiów. Jak wspomniałem ta postać atonii płuc stoi w bliskim związku z młodzieńczymi rozszerzeniami oskrzeli, gdyż w obu stanach mamy do czynienia ze *zmianami w czynnościowej* (biologicznej) *wartości elementów sprężystych i z czynnikiem mechanicznym rozciągania* (opuszczenie przepony), co jest jedynie wzmożonym objawem fizjologicznym. Oba te czynniki są skutkiem konstytucyjnych przemian rosnącego ustroju, powstałych oczy-

wiście pod wpływem wydzielania wewnętrznego. Istnieją jednak i inne czynniki.

Że w okresie dojrzewania spotykamy się z całym szeregiem odchyleń natury przejściowej ze strony zarówno morfologicznej (atonia pulmonum, serce małe lub większe, hypoplazja naczyniowa itd.), jak i czynnościowej natury (ze strony krążenia t. zw. „nerwice" sercowe, naczyniowe, a także wyodrębniane przeze mnie „nerwice oddechowe", nerwice ze strony narządu pokarmowego) — o tym ogólnie wiadomo. Różne te zespoły obejmuję nazwą, uwzględniającą jak mi się zdaje, stan rzeczy: *Dyshormonosis juvenilis*. Nie zawsze jednak *te same gruczoły dokrewne* grają główną rolę w danych zespołach. Oczywiście w ośrodku zainteresowania stoją przede wszystkim gruczoły płciowe, które tu po raz pierwszy występują na szerszą arenę swej czynności, następnie zanikająca ostatecznie grasica, przede wszystkim jednak nadrzędny gruczoł dokrewny: przysadka mózgowa w całości, a zwłaszcza jej płat przedni (oczywiście w swej ścisłej łączności z międzymózgowiem).

Inne gruczoły dokrewne niekiedy też wybijają się na plan pierwszy, dotyczy to zwłaszcza tarczycy (często wzmożona lub obniżona przemiana materii podstawowa u młodzieży), lub trzustki (układ komórek Langerhansa, wyrażający się zaburzeniami w przemianie węglowodanowej — np. młodzieńcze cukrzyce) albo przytarczyczki (nawapnienia a częściej odwapnienia kości) itd. Osobiście sądzę, że w powstawaniu rozszerzeń oskrzeli, należy przypisać główną rolę przysadce i to w dwojakim ujęciu: po pierwsze jej *płatowi przedniemu*, wytwarzającemu hormon wzrostu; po drugie *płatowi tylnemu*, wytwarzającemu hormon, wpływający na mięśnie gładkie (okcytocyna). Jest rzeczą ogólnie znaną, że właśnie zaburzeniom w zakresie wydzielania hormonu wzrostu przypisać należy zespoły takie: jak gigantyzm i karłowatość oraz akromegalię a zatym zmiany morfologiczne. Obserwacja t. zw. małych zespołów klinicznych u młodzieży, gdzie odchylenia morfologiczne są tylko zaznaczone i dotyczą pewnych odcinków (E. Reicher), czynią prawdopodobnym przypuszczenie, że zmiany w oskrzelach mogą powstać pod dodatkowym wpływem zaburzeń przysadkowych. Co się tyczy roli *mięśniówki (mięśnie gładkie) oskrzeli* w powstawaniu rozszerzeń oskrzeli jest rzeczą uderzającą, że rola ta prawie nie była omawiana. Jak to przed dwoma laty podkreśliłem, znalazłem tylko jedną pracę histologiczną włoskiego autora L. Lupino, który mówi z naciskiem o hipotrofii mięśniowej oskrzeli. W licznych badaniach anatomicznych zmiany w mięśniówce nie uszły napewno uwadze, ale w patogenezie powstawania rozszerzeń oskrzeli roli tej nie uwzględniano. Moim zdaniem rola mięśni oskrzelowych jest większa niż włókien sprężystych (jeśli chodzi o ścianę oskrzeli i osrzelików) i wręcz odwrotna do roli mięśniówki w napadach dychawicy oskrzelowej a zwłaszcza w stanach dychawiczych. W tej ostatniej bowiem mamy skurcz mięśniowki oskrzeli i oskrzelików, podczas gdy w stanach, poprzedzających rozszerzenie oskrzeli, mamy jej *zwiotczenie* czyli *zmniejszone jej napięcie* (tonus). Dotychczas w patologii o zwiotczeniu mięśniówki oskrzeli w ogóle nie mówiono, natomiast ostatnio przeprowadzane badania doświadczalne wskazują na rolę mięśni gładkich w płucach w powstawaniu niedodmy płuc (obok innych teoryj) a za słusznością tego sposobu ujęcia rzeczy przemawiają też przeprowadzone w mojej klinice przez Dr. Łaniewską badania u ludzi.

Ponieważ wpływ wydzieliny tylnej części przysadki na mięśnie gładkie nie ulega dziś wątpliwości (jakkolwiek wpływ pituitryny, zawierającej oksytrocynę i wazopressynę na mięśniówkę oskrzeli i krążenie małe u ludzi nie jest jeszcze wyjaśniony), przeto słuszną rzeczą wydaje mi się uwzględnić rolę i tylnej części przysadki na powstawanie rozszerzeń oskrzeli u młodzieży, gdyż w tym właśnie wieku możliwości tego wpływu są bardzo znaczne. (Tu przypomnę różnice, jakie widzimy pod wpływem hormonu wzrostu w ustroju rosnącym i dorosłym).

Poza powyżej omówionym czynnikiem konstytucyjnym (wewnątrzwkrewnym) w powstawaniu rozszerzeń oskrzeli u młodzieży, grają rolę jeszcze i dodatkowe czynniki. A mianowicie czynnikiem takim są *szczegóły mechaniki oddechowej*. Większą jeszcze rolę grają one w powstawaniu rozedmy inwolutywnej i innych postaci rozlanych rozedmy, niewątpliwie jednak przyczyniają się też do powstania rozszerzeń oskrzeli. Zwracałem już uwagę w mej monografii o rozedmie (l. c. 1932), że typ oddychania wyłącznie brzusznego (przepo-

nowego) wpływa niekorzystnie na dolne płaty płuc, zwłaszcza po stronie lewej, gdzie ruchomość przepony jest większa niż po stronie prawej (wątroba). Jest rzeczą charakterystyczną, że właśnie ten dolny, lewy płat płucny jest najczęściej dotknięty rozszerzeniami oskrzeli, na co wskazuje nawet Sauerbruch (tłumacząc to jednak na korzyść teorii o wrodzonym pochodzeniu rozszerzeń oskrzeli) a zwłaszcza części położonej za sercem (badania Werkenthinówny). Tu poruszę też sprawę innego umieszczenia rozszerzeń, które mogą zajmować całą jedną stronę lub np. górny płat albo środkowy prawy. Tego rodzaju rozmieszczenia dają się wytłumaczyć jedynie samodzielnością poszczególnych płatów, jak to szeroko rozwija Parodi (1933) w swojej: „Mechanice płucnej".

Wreszcie czynnikiem patogenetycznym są *powtarzające się nieżyty oskrzelowe.* Powyżej wspomniałem, że przeciwko teorii nieżytowej w powstawaniu rozszerzeń oskrzeli jako głównej lub jedynej przyczynie podniósł się ostatnio protest (Claire M., Léon-Kindberg 1934, Smith i inni), do którego i ja się przyłączyłem. Otóż sądzę, że ten „jedyny czynnik zewnątrzpochodny" (wyżej omawiałem „wewnątrzpochodne") gra rolę ale jedynie dodatkową i, być może, niekonieczną. Sądzę przy tym, co już podkreśliłem, omawiając patogenezę rozedmy płuc (l. c.), że większą może rolę gra przy tym istnienie *kaszlu,* aniżeli samego nieżytu. Stąd też wypływa ważny wniosek o roli nieżytów gardzieli, krtani i tchawicy a w dzieciństwie kokluszu — w powstawaniu chorób płucnych.

b) Drugą postacią nabytych pierwotnych rozszerzeń oskrzeli jest postać *późna rozedmowa.* Spotyka się ją, jak nazwa wskazuje, w rozedmie płuc i to w jej postaci rozlanej, zarówno nieżytowej jak i pierwotnej typu Laënneca), a także, ale rzadziej, w postaci inwolutywnej (podział rozedmy płuc podałem w pracy wielokrotnie już przeze mnie cytowanej). Czynnikami patogenetycznemi są: stałe przekrwienia ściany oskrzeli wskutek utrudnienia odpływu krwi przez żyły oskrzelowe (z wyjątkiem rozedmy inwolutywnej, gdzie tego przeważnie nie ma), utrudnienia odpływu chłonki, długotrwałe nieżyty oskrzeli a zwłaszcza *kaszel* (który działa jak znany objaw Valsalvy: gwałtowny wdech z utrudnieniem wydechu w górnych drogach oddechowych). Do tych czynników dołącza się wspomniany przeze mnie typ przeponowego oddychania lub bardzo znaczne opuszczenie przepony, w tym wypadku wtórne, wskutek utraty elastyczności tkanki płucnej. W rozedmie inwolutywnej, jako stały współczynnik a częsty w innych postaciach rozedmy u osób starszych — dołącza się zanikowy proces starzenia się (do sprawy tej jeszcze powrócę).

II. Kliniczny obraz rozszerzeń oskrzeli.

Rozpoznanie rozszerzeń oskrzeli może być sprawą łatwą, ale nieraz jest bardzo trudne. Rozpoznanie jest łatwe, gdy mamy charakterystyczne objawy uwydatniające się dużą ilością i właściwym wyglądem plwociny, obok zmian wykrywanych badaniem fizycznym. Po pierwsze nie zawsze jednak bywa a po drugie w powyższym obrazie objawiają się sprawy już dalej posunięte.

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że duża ilość charakterystycznej plwociny jest dowodem istnienia nieżytu oskrzeli a nie rozszerzeń oskrzeli. Zarówno w obcym piśmiennictwie, jak i w naszym, podkreśla się fakt istnienia ropotoków oskrzelowych nieraz bardzo długotrwałych i obfitych, z ciężkim stanem ogólnym, mimo że nie ma w ogóle rozszerzeń oskrzeli (Lemiérre) lub też są nieliczne i niewielkie (przypadki własne). A także bywa i odwrotnie, istnieją bowiem „suche" okresy rozszerzeń oskrzeli a nawet wprost postaci suche, które charakteryzują się jedynie krwiotokami (postać krwiotoczna, opisana przez Bezançona; przypadki ogłaszane nieraz i u nas: Chrempińska, Dąbrowski i Sobocińska, Stopczyk, Ławrynowicz, Steffen, obserwacje moje własne).

Nieżyt oskrzeli, ropotok oskrzelowy mogą wprawdzie grać pewną rolę patogenetyczną, ale w przebiegu istniejących rozszerzeń oskrzeli są tylko powikłaniem podobnie jak krwiotok.

Zajęcie powyższego stanowiska jest niezmiernie ważne w praktyce, albowiem nieżyty oskrzeli i krwiotoki są uleczalne w znacznej liczbie przypadków, przynajmniej na pewien czas, natomiast rozszerzenia oskrzeli, raz powstałe, są nieuleczalne. Dalej: właśnie te nieżyty oskrzeli czynią nosicieli rozszerzeń oskrzeli nietylko ciężko i

przykro chorymi, ale stanowią też punkt wyjścia dalszych powikłań, nieraz śmiertelnych (ropne zapalenia płuc, posocznica, ropnie mózgu itp.). Natomiast nosiciel rozszerzeń oskrzeli może jeszcze pracować i żyć znośnie, jeżeli zmiany miąższu płucnego i układ krążenia nie ucierpiały zbytnio.

Ta bezobjawowość początkowych okresów niepowikłanych rozszerzeń oskrzeli sprawia, że chorobę wykrywa się albo przypadkowo, lub też dopiero z chwilą wystąpienia powikłań — „ujawnienia" rozszerzeń oskrzeli. I na tym miejscu muszę podkreślić drugą praktycznie ważną uwagę co do powikłań, a mianowicie: o ile krwioplucie, krwiotoki i ropotoki oskrzelowe ujawniają rozszerzenia oskrzeli, o tyle *powikłania płucno-opłucnowe,* poza postacią oskrzeli nabytych *wtórnych* (gdzie zmiany płucno - opłucnowe są przyczyną rozszerzeń) *utrudniają,* a nawet *uniemożliwiają nieraz rozpoznanie poszczególnych postaci rozszerzeń. Dla rokowania i leczenia* stwierdzenie tych powikłań ma *podstawowe znaczenie,* choć niezależne od rozpoznania poszczególnych postaci.

A. „Ujawnienie" rozszerzeń oskrzeli.

a) *Rozszerzenia oskrzeli wrodzone* widujemy w klinice chorób wewnętrznych u osób młodych, jako sprawę trwającą już od wczesnego dzieciństwa, z wszelkimi charakterystycznymi cechami. Ponieważ wtórne zmiany miąższu płucnego i opłucnej istnieją od szeregu lat, nic dziwnego też, że odbija się to na budowie klatki piersiowej, która często wykazuje zniekształcenia, łącznie ze skrzywieniem kręgosłupa, przemieszczeniem serca, podciągnięciem przepony itd. Pod względemi klinicznym dla internisty (a nie dla pediatry) nie chodzi tu zatem o ujawnienie, lecz o późny a często ostatni okres. Kształt oskrzeli jest workowaty, nieraz istnieje torbielowatość, która niewątpliwie jest pochodzenia wrodzonego.

b) *Rozszerzenie oskrzeli płucno - opłucne nabyte wtórne* spotykamy w każdym wieku. Ważną rzeczą jest stwierdzenie tła tych zmian. Najczęstszą przyczyną są *zapalenia płuc płatowe lub odoskrzelikowe* a zwłaszcza te, które przechodzą w *zapalenia płuc przewlekłe, łącznotkankowe* lub w *następową marskość płuca.* Zazwyczaj u tych osób rozszerzenia oskrzeli ujawniają się tym, że po dłuższym trwaniu pierwotnej choroby chory zaczyna odpluwać coraz więcej plwociny, co zwraca uwagę lekarza na konieczność bronchografii, która wydobywa na jaw rozszerzenia obok rozległych zmian w miąższu płucnym, stwierdzonych już badaniem fizycznym. Z innych przyczyn należy wymienić powtarzające się *zapalenia opłucnej z zajęciem miąższu płucnego,* w szczególności te, które dają zrosty ściągające klatkę piersiową (pleuritis plastica, deformans). I tu powikłanie pod postacią odpluwania plwociny lub krwiotoku zwraca uwagę lekarza na konieczność bronchografii.

Inne choroby już rzadziej dają rozszerzenia oskrzeli, bynajmniej jednak nie należą do wyjątków, jak się to sądzi. Tu należy wymienić na równi dwie choroby: kiłę płuc i gruźlicę płuc. Co się tyczy *kiły płuc* poza szkołą francuską, która tę etiologię uważa w ogóle za najczęstszą w rozszerzeniach oskrzeli (zwłaszcza szkoła lyońska) — należy podkreślić, że kiła płuc daje rozszerzenia oskrzeli przede wszystkim w okresie zbliznowacenia a zatem często w okresie leczenia. I to zarówno kilaki płuc jak i postać płatowa mogą w swym zejściu wywołać rozszerzenia oskrzeli lub pogłębić je. Niemniej leczenie swoiste daje wyniki korzystne przez wpływ na proces w miąższu płucnym i na nieżyt oskrzeli, który nieraz powstaje na tle krętków bladych. Wedle mego zdania, u nas *gruźlica płuc* częściej, niż kiła, jest przyczyną powstania rozszerzeń oskrzeli. Tu wymienić należy przede wszystkim postać pierwotnie włóknistą (tuberculosis et phthisis fibrosa), następnie postać włóknisto serowaciejącą z wyraźnym odczynem wtórnego włóknienia (tuberculosis, phthisis fibroso-caseosa secundaria fibrosa). Rozszerzenie oskrzeli na tle gruźlicy szczególnie często krwawią a rozpoznanie przyczyny krwawienia (rozszerzenie czy gruźlica) może sprawiać trudności, choć praktycznego znaczenia rozpoznanie przyczyny w tych przypadkach nie posiada, o ile rozpoznanie obu chorób jest ustalone. W rzadkich przypadkach możemy widywać jamy w płucach dwojakiego pochodzenia (rozszerzeniowe i gruźlicze). Ujawnienie i tu następuje pod postacią charakterystycznej plwociny rozpoznanie jednak przede wszystkim zapewnia bronchografia (patrz niżej).

Nastepnie należy wymienić rozszerzenia oskrzeli, wikłające *ropnie płuc,* bez wzglę-

du na to co było przyczyną powstania ropnia. Tu rozpoznanie szczegółowe może się wahać między dwoma zagadnieniami: czy ropień płuc wywołał rozszerzenie oskrzeli, czy też rzecz miała się odwrotnie. Obserwacja od początku trwania choroby wyjaśnia tę sprawę łatwo, jeżeli jednak widzimy chorego w późniejszym okresie — sprawa jest trudna. Praktycznie i to zagadnienie jest bez większego znaczenia, podobnie jak i w odniesieniu do zgorzeli. Mało również zmienia stan faktyczny rozpoznanie *raka płuc* powikłanego rozszerzeniem oskrzeli (także spostrzeżenia własne).

Wreszcie rozszerzenia oskrzeli powstają i ujawniają się w związku z *ciałem obcym* w oskrzelu, zazwyczaj dolnym prawym, ze względu na jego stosunek do tchawicy (L e w e n f i s z). Ta etiologia jest o tyle ważna, że i ja widywałem przypadki, w których dopiero bronchoskopia lub bronchografia uwydatniały istnienie ciała obcego w oskrzelu, o czym ani chory ani jego otoczenie nie wiedziało, a zwykle prześwietlenie lub zdjęcie rentgenowskie wykazać nie mogło, gdyż promienie przechodziły przez ciało obce (np. drewno).

W szczególnych okolicznościach wystąpić mogą rozszerzenia oskrzeli i w czasach pokoju po zatruciu *gazami bojowy*mi, drażniącymi śluzówkę oskrzeli (zwłaszcza chlorem).

Dla *rozpoznania* tej postaci rozszerzeń oskrzeli *konieczne* jest stwierdzenie zapomocą wywiadów lub własnej obserwacji, że chory przebył jedną z wyżej wymienionych chorób. Poza tym należy wykazać za pomocą badania fizycznego oraz rentgenologicznego (także i bronchografii), że już z chwilą ujawnienia się rozszerzeń oskrzeli (krwiotok, plwocina) istniały daleko posunięte zmiany w miąższu płucnym. Kształt rozszerzeń ma mniejsze znaczenie dla rozpoznania, najczęściej są to rozszerzenia workowate, rzadziej walcowate, nieraz mięszane.

c) *Rozszerzenia oskrzeli młodzieńcze* (pierwotne wczesne) — jak to już wyżej omawiałem — występują u młodzieży w związku z dojrzewaniem płciowym i szybkim nieraz rośnięciem. W wywiadach bywają nieraz sprawy oskrzelowe, należy wówczas wyłączyć sprawę wrodzoną. Częściej jednak w dzieciństwie chorób płucnych wywiadem nie stwierdza się, natomiast we wspomnianym okresie 14 — 20 lat, nieco rzadziej w późniejszym, występują nieraz częste i obfite nieżyty oskrzeli (niekiedy przejściowo z cuchnącą plwociną), czasem krwioplucie i krwiotoki (leczenie idzie w kierunku gruźlicy, mimo stałego braku prątków) i w *tym okresie* występuje rozszerzenie i zgrubienie ostatnich paliczków rąk i nóg lub zegarkowy kształt paznokci. Badania fizyczne wykrywa objawy nieżytu oskrzeli (rzężenia wilgotne, rzadko jednak grubobańkowe, czasem świsty i furczenia, nieraz jednak niestale). Zdjęcie rentgenowskie wykrywa jedynie smugi (i to nie zawsze), czasem małe obrączki o szerszym świetle. Właściwe rozpoznanie daje zdjęcie z lipiodolem; kształt rozszerzeń najczęściej jest walcowaty. Dla tej postaci jest charakterystycznym (ale tylko we wczesnych okresach) *brak wyraźnych zmian w miąższu płucnym.* Te ostatnie pojawiają się jednak z czasem i wtedy rozpoznanie różniczkowe między tą postacią a postacią płucnoopłucnową jest prawie niemożliwe zwłaszcza, że powstają też wskutek marskości płuca i workowate rozszerzenia oskrzeli.

d) *Postać rozedmowa rozszerzeń oskrzeli* jest moim zdaniem bardzo częsta, zwłaszcza w piątym i szóstym dziesiątku lat życia. Występuje ona i wcześniej w typie rozedmy rozlanej oskrzelowej, która w ogóle daje największy odsetek rozszerzeń oskrzeli, gdyż powikłania płucne (miąższu płucnego), właściwe tej postaci rozedmy, tworzą niejako podwójny czynnik patogenetyczny. Jak wspomniałem, rozedma inwolutywna rzadziej daje rozszerzenie oskrzeli, ale i tu nieżyty oskrzeli i kaszel, o ile istnieją, doprowadzają do rozszerzeń. To samo odnosi się do rozedmy pierwotnej L a ë n n e c a.

O częstości tej postaci chorobowej mogłem się przekonać dzięki specjalnemu nastawieniu mojej kliniki w tym kierunku i częstemu wykonywaniu bronchografii z lipiodolem. Także przy sekcji przypadków klinicznych widuję nieraz *nieznaczne* rozszerzenia oskrzeli, zwłaszcza (ale nie wyłącznie) dolnych płatów płucnych w rozedmie płuc, nawet w przypadkach, w których za życia brak było wszelkich objawów tych zmian.

Tu pragnę zwrócić jeszcze raz uwagę na sprawę w ogóle nie poruszaną w klinice chorób płucnych, a mianowicie na napięcie (tonus) mięśniówki oskrzeli, o czym wspominałem, omawiając patogenezę rozsze-

rzeń oskrzeli młodzieńczych. O ile jednak tam przyjmuję zmniejszenie napięcia (tonus) mięśniówki oskrzeli, jako wynik zaburzeń wydzielniczych przysadki, — o tyle w rozszerzeniach oskrzeli na tle rozedmy łączy się to zwiotczenie mięśniówki oskrzeli z równoczesnymi zmianami wstecznymi w elementach sprężystych, sprawą właściwą biologicznemu (starczemu) zużyciu. W tym wieku, jak nas poucza nie tylko klinika, ale i życie codzienne, zaczynają występować dwa procesy: utrata sprężystości tkanek i zwiotczenie umięśnienia gładkiego. Widzimy to zarówno na skórze, która tracąc elastyczność pokrywa się zmarszczkami, jak i na przewodzie pokarmowym, gdzie obok opuszczenia trzewiów, występują coraz częściej objawy atonii jelit. To samo, moim zdaniem, dzieje się i w płucach, w szczególności zaś w oskrzelach. Przyjęcie stanu atonii mięśniówki oskrzeli jest co najmniej równie zrozumiałe, jak przyjęcie ich stanu skurczowego (spasmus), który stwierdzamy w napadach dychawicy oskrzelowej. I podobnie jak w przewodzie pokarmowym mogą na przemian występować stany zwiotczenia i kurczu (atonia i spasmus), a — co więcej — oba te stany mogą istnieć w sąsiadujących ze sobą odcinkach, — tak samo może to mieć miejsce i w oskrzelach tj. w ich mięśniówce. Za tego rodzaju ujęciem rzeczy przemawiają przede wszystkim względy kliniczne i dla tego nie przy teorii, ale przy klinice je omawiam. A mianowicie: u osób, które nigdy nie cierpiały na napady dychawicy oskrzelowej lub na duszności typu napadowego, stwierdza się nieraz długi wydech zaostrzony, zupełnie analogiczny do wydechu w dychawicy oskrzelowej, czego nie słyszymy w przeważnej liczbie nieżytów zastojowych (np. w przekrwieniu płuc w niewydolności krążenia postaci płucnej). Także i w innych ostrych nieżytach oskrzeli słyszymy go nie często, a więc sam obrzęk śluzówki oskrzeli tego objawu nie daje, jeżeli brak jest czynnika kurczowego mięśniówki, który zresztą wystąpić może w każdej niemal chorobie a także np. w zastoju płucnym. Następnie u osób tych można słyszeć, nieraz okresowo, co stale w klinice podkreślam, *rzężenia grubobańkowe w dolnych częściach płuc*, gdzie mogą one powstać wyłącznie w razie istnienia szerszego światła oskrzeli (przy braku jam płucnych), gdyż w tych miejscach światło *niezmienionych* oskrzeli jest zawsze wąskie. Wypełnienie oskrzeli lipiodolem daje na zdjęciu duże różnice światła i długości oskrzeli, co stwierdziła w mojej klinice dr. Ł a n i e w s k a, a co moim zdaniem przemawia za tym, że atonia mięśniówki oskrzeli naprawdę istnieje. Podkreślę też, że te rozszerzenia, zresztą nieznaczne, są zawsze typu walcowatego i znajdują się w tkance płucnej, przeważnie pozbawionej zagęszczeń, a nawet, odwrotnie, nadmiernie przejrzystej, jak to widzimy z reguły w rozedmie. Wreszcie badania plwociny w tych przypadkach, dokonywane w mojej klinice przez dr D o b r o w o l s k i e g o (o czym pisałem przed 2 laty) i nadal systematycznie przeprowadzane, wydobywają prawie zawsze na jaw obecność komórek kwasochłonnych, które świadczą o zaburzeniach w układzie wegetatywnym w danym narządzie (pomijam tu zagadnienie, czy chodzi o etiologię uczuleniową) a wiadomo przecież, że mięśniówka oskrzelowa jest unerwiona przez nerw błędny i współczulny.

Dla tego uważam za słuszne przyjęcie zaburzeń w napięciu mięśniówki oskrzeli nie tylko w kierunku in plus (spasmus), ale i in minus (atonia) a co za tym idzie sądzę, że istnieją „czynnościowe" rozszerzenia oskrzeli, podobnie jak przyjmujemy czynnościowe zwężenia (np. napad dychawicy oskrzelowej). Te „czynnościowe" rozszerzania oskrzeli zależeć będą oczywiście od napięcia tkanki płucnej, od typów oddychania itp. W rozedmie płuc warunki po temu są szczególnie korzystne.

Praktyczne znaczenie poznania atonii mięśniówki oskrzeli polega na tym, że stanowią one wstępny okres do powstania wyraźnych, anatomicznych rozszerzeń oskrzeli. Atonia mięśniówki oskrzeli musi usposabiać do długotrwałych nieżytów oskrzeli, jeśli nastąpi zakażenie śluzówki oskrzeli, a te z kolei wytworzą nie tylko rozszerzenie anatomiczne ale i powikłania ze strony miąższu płucnego, ze wszystkimi następstwami.

Rozpoznanie tych początkowych okresów tj. atonii mięśniówki oskrzeli (rozszerzenia czynnościowe) udaje się nieraz klinicznie *(grubobańkowe rzężenia w dole płuc* nad przeponą, od linii pachowej począwszy aż do kręgosłupa), lepiej na zdjęciu rentgenowskim po wlaniu lipiodolu, przyczem nie stwierdza się jeszcze zmian w tkance płucnej. Podkreślam, że te nieżyty oskrzeli, które ujawniają atonię mię-

śniówki oskrzeli, bywają może uporczywe, ale są *uleczalne*, co jest tym ważniejsze, że lecząc je, chronimy chorego od fatalnych następstw. Wreszcie zaznaczam, że ani wygląd plwociny, ani jej ilość *nie muszą* jeszcze być tak charakterystyczne, jak dla ustalonych, anatomicznych rozszerzeń oskrzeli.

Oczywiście późne okresy anatomicznych rozszerzeń oskrzeli rozedmowych charakteryzują się też powikłaniami ze strony miąższu płucnego i jeżeli chory nie jest w zbyt późnym wieku, a badanie przeprowadzamy po raz pierwszy już w tym okresie, rozpoznanie różniczkowe między tą postacią rozszerzeń oskrzeli a postacią płucną może być trudne.

B. Niektóre powikłania.

O ile ważną jest patogeneza poszczególnych postaci rozszerzenia oskrzeli, czas powstania a do pewnego stopnia ujawnienie się tej choroby, o tyle w przebiegu i powikłaniach wszystkie postaci rozszerzeń oskrzeli upodabniają się do siebie. Ponieważ są one ogólnie znane, przeto krótko tylko wspomnę o najważniejszych.

1. Nieżyty oskrzeli. Ropotok oskrzelowy.

Nad *bakteriologią* tych spraw wiele pracowano zwłaszcza w Ameryce i we Francji, w łączności zresztą z badaniami nad ropniem i zgorzelą płuc. Badania te wykryły, że w plwocinie tych chorych stwierdza się zazwyczaj kilka gatunków drobnoustrojów w różnych kombinacjach (paciorkowce, gronkowce, pałeczki zapalenia płuc, ziarnkowce i wiele innych). Nie udało się jednak stwierdzić zależności między rodzajami bakterii, a powstaniem i przebiegiem choroby. Szczególne zainteresowanie wzbudziła flora w ropotoku zgorzelinowym. S c h o t t m ü l l e r wykrył paciorkowca beztlenowego, inni autorowie podkreślają rolę bakterii beztlenowych w postaci różnych pałeczek i przecinków lub ziarenek, barwiących się i niebarwiących się Gramem. Ostatnie dwa dziesiątki lat badań wydobyły na jaw rolę krętków (P e r r i n, P l a u t, B e z a n ç o n, E t c h e g o i n, L e o n - K i n d b e r g, S e r g e n t, V i n c e n t i inni). Ponieważ postać tych krętków zbliża je do laseczników wrzecionowatych, przeto autorowie amerykańscy mówią o „fuso-spirochaetosis broncho-pulmonalis". Krętki występują zazwyczaj w łączności z innymi drobnoustrojami, zwłaszcza beztlenowymi. I w naszych przypadkach badania wykonane w Zakładzie mikrobiologii U. J. P. Prof. N i t s c h a wykryły też różnego rodzaju bakterie.

Kaszel męczący zwłaszcza rankami, z odpluwaniem pełnymi ustami obfitej *plwociny* jest dobrze znany, jak również rola odwiedniej pozycji chorego przy odpluwaniu, gdy z ust chorego nieraz wprost wylewa się plwocina. Ilość jej bywa bardzo duża; osobiście widziałem przypadek, w którym ilość plwociny dobowej przekraczała 1½ litra; do częstych należy ¼ — ½ litra na dobę. W naczyniu plwocina jest czterowarstwowa (autorowie niemieccy odróżniają tylko 3 warstwy): najwyższa pienista (bywa dość bogata, gdy odpluwanie jest ciężkie), nieco niższa zawiera elementy ropno-śluzowe, opadające do trzeciej warstwy w postaci stalaktytów rozmaitej długości; trzecia warstwa jest najbogatsza i wygląda jak dobrze mętna woda, jest to płyn surowiczy ze śluzem zawierający mało elementów postaciowych; czwarta, najniższa warstwa jest ropną. Plwocina ta nieraz bywa bezwonna, czasem jednak — przejściowo albo stale — nabiera przykrej woni (także i oddech chorego) o dość szerokiej skali od przykro mdłej lecz słabej, poprzez przenikliwą, zjełczałą aż do bardzo silnej, cuchnącej zgnilizny, jak w zgorzeli płuc. Ciała lotne, nadające tę woń plwocinie, to produkty rozpadu przede wszystkim samej plwociny, zalegającej w rozszerzeniach oskrzelowych, ale nieraz też i procesów zgorzelinowych ścian oskrzeli a nawet i płuc. (powikłanie pod postacią ropnia zgorzelinowego, abscessus bronchiectaticus gangraenosus). Te procesy rozpadu powstają pod wpływem przede wszystkim bakteryj, ale też i zaczynów.

Krwiotoki bywają nieraz bardzo silne, częściej jednak widuje się krwioplucia. Częstość pojawienia się krwi w rozszerzeniach oskrzeli jest znaczna: S t e f f e n (z oddziału A. L a n d a u a, podaje 60%, C h r e m p i ń s k a (z oddziału K. D ą b r o w s k i e g o) na 70%. W moim ówczesnym materiale odsetek ten wynosił około 60%, dziś sądzę, że jest wyższy. B e z a n ç o n odróżnia trzy rodzaje krwioplucia: popłuczyny mięsne (bardzo częste), krwiotoki średnie (ropa i krew) i krwiotoki obfite (czysta krew).

Ta ostatnia postać charakteryzuje suche rozszerzenia oskrzeli (bez odpluwania obfitej plwociny). Niekiedy następuje śmierć z krwiotoku (przyp. G a c k o w s k i e g o).

2. Powikłania ze strony miąższu płucnego i opłucnej.

a) *Ropień płuc* może wywołać rozszerzenie oskrzeli, może im towarzyszyć tylko lub też rozszerzenia oskrzeli mogą dać punkt wyjścia dla ropnia (podział E. S e r g e n t a). To ostatnie, według mego doświadczenia jest najczęstsze, jest to t. zw. abscessus bronchiectaticus autorów amerykańskich. Ropienia te nieraz mają charakter zgorzelinowy (cuchnący oddech i plwocina).

b) *Zapalenia płuc* odoskrzelikowe są bardzo częste, nieraz ropieją; zawsze przedstawiają niebezpieczeństwo dla chorego. O roli *gruźlicy* wspominałem wyżej.

c) Nawet w szczęśliwych przypadkach powikłania płucne prowadzą do następowej *marskości płuc,* wskutek czego rozszerzenia oskrzeli przybierają kształt workowatych, znacznie gorzej się opróżniających, niż rozszerzenia walcowate, wskutek czego stan chorego ustala się i szybciej lub wolniej prowadzi do śmierci.

d) *Zapalenia opłucnej* są bardzo częste, prowadzące do zrostów, które współdziałają z marskością płuc, przekształcając wszystkie postaci rozszerzeń w postać płuco-opłucną. Nieraz widuje się ropne zapalenia opłucnej, zazwyczaj śmiertelne. Znacznie rzadziej widujemy *odmę* opłucnej, która zresztą wikła się z ropieniem.

3. Inne powikłania.

Tu wymienię: przerzuty ropne do innych narządów, zwłaszcza do mózgu, zapalenia stawów, zwyrodnienia m. sercowego (następowe niedomogi i niewydolności krążenia), wreszcie zapalenie nerek a zwłaszcza skrobiawicę nerek. Często chorzy umierają na skutek posocznicy.

C. Rozpoznanie.

1. Badaniem fizycznym nie stwierdza się żadnych objawów w niepowikłanych przypadkach rozszerzeń rozedmowych i młodzieńczych, o ile są one niezbyt duże. Czasem jedynie oddech jest osłabiony lub lekko chuchający. W razie współistniejących stanów kurczowych mięśniówki oskrzeli mamy objawy wydechu zaostrzonego i wydłużonego. W razie powikłań nieżytem oskrzeli, obok zaostrzenia wdechu, furczeń i świstów słyszymy rzężenia niedźwięczne, przy czym *charakterystyczne* są rzężenia grubobańkowe, o ile są słyszalne są poza obrębem wielkich oskrzeli (wnęka) a zwłaszcza w dole płuc. Odgłos opukowy jest jawny, najczęściej jednak bębenkowy (rozedma płuc, atonia płuc). W razie powikłań ze strony miąższu płucnego lub opłucnej, odgłos opukowy staje się stłumiony lub przytłumiony, rzężenia, nie zmieniając kalibru, stają się dźwięczne a nawet metaliczne (jamy), oddech bywa niekiedy oskrzelowy lub wprost jamisty. Bywa to jednak rzadko, gdyż jamy z rozszerzeń oskrzeli są głębiej położone, niż np. jamy gruźlicze, dla tego też (ale i z powodu zmian płucnych) bardzo rzadko można stwierdzić któryś z objawów opukowych jamistych (W i n t r i c h a, G e r h a r d t a, F r i e d r e i c h a).

Należy zwrócić uwagę na budowę, ruchomość klatki piersiowej, typ oddechu (zrosty opłucnej, rozedma itp.), wreszcie na rozszerzenia paliczków, objawy układu krążenia i innych narządów.

2. *Badania pracowniane* dają nam cenną pomoc w odniesieniu do plwociny (patrz wyżej), moczu (powikłania nerkowe), krwi (bardzo przyśpieszone opadanie krwinek zwłaszcza w powikłaniach płucnych, leukocytoza, niedokrwistość).

3. *Badanie bronchoskopowe* (wykonywane u nas często, korzystając z uprzejmości Prof. E r b r i c h a i jego asystentów), rozpoznawczo mają mniejsze znaczenie niż leczniczo.

4. *Badania rentgenologiczne.* Zdjęcia rentgenowskie dają pewniejszą podstawę do rozpoznania rozszerzenia oskrzeli, niż prześwietlenia. Na filmie rentgenowskim przedstawiają się one w postaci smug, zwłaszcza w obwodowych częściach płuc. Odróżnić je można od drzewa naczyniowego, gdy widzi się wyjaśnienie w okrągłym lub owalnym kształcie, otoczone zaciemnieniem. W przypadkach torbielowatości oskrzelowej zdjęcia rentgenowskie dają obraz wyraźny. Oczywiście, towarzyszące rozszerzeniom oskrzeli, zmiany płucne występują jaskrawo .

Podstawowe znaczenie dla rozpoznania rozszerzeń oskrzeli posiada niewątpliwie

bronchografia. Zasadą jej jest, jak wiadomo, wypełnienie pojedyńczych odcinków drzewa oskrzelowego płynem nieprzepuszczającym promieni Rentgena (a zatym dającym cień na ekranie) a następnie dokonanie zdjęcia rentgenowskiego. Płynem do tego celu używanym jest l i p i o d o l olej makowy, w którym nienasycone wiązania w łańcuchu kwasów tłuszczowych są zastąpione jodem, wskutek czego nie wydziela on ze siebie jodu drażniącego oskrzela, wcześniej jak dopiero po wessaniu i powolnym rozłożeniu, co jednak ma miejsce w małym stopniu gdyż chory dość szybko olej ten odpluwa. Tu też podkreślę, że lipiodol posiada walory lecznicze w przypadkach rozszerzeń oskrzeli wobec powikłań nieżytowych, tak że nie rzadko spotykałem chorych w klinice, którzy nie tylko chętnie poddawali się zabiegowi, ale nawet o niego prosili. Metody wprowadzenia lipiodolu do oskrzeli uległy znacznym ulepszeniom od owego czasu, gdy dla tego celu przekłuwano przestwór pierścienno-tarczowy (sp. cricothyreoideum) lub wprowadzano bronchoskop. W klinice naszej współpracowniczka moja Dr. Ł a n i e w s k a stosuje „metodę nosową", tj. po znieczuleniu gardzieli wprowadza przez nos zgłębnik gumowy do tchawicy, przez który wstrzykuje się strzykawką lipiodol. Przez odpowiednie pochylenie chorego uzyskuje się wypełnienie pożądanego odcinka oskrzeli przez spływający ku dołowi lipiodol. Bezpośrednio po tym wykonywa się zdjęcie rentgenowskie.

Metoda lipiodolowa nie tylko utwierdza nas w rozpoznaniu rozszerzeń oskrzeli, ale wykazuje nam ich rozmieszczenie, liczbę, wielkość, kształt i stosunek do zmian w tkance płucnej. Jako przeciwwskazania podawałem: gruźlicę płuc o charakterze rozpadowym, chorobę Basedowa, nerczycę lub skrobiawicę nerek, następnie stan bezpośredni po krwiotokach płucnych, znaczną duszność i niewydolność krążenia. Ostatnie wymienione trzy stany uważam za bezwzględne przeciwwskazanie.

III. Leczenie.

Leczenie rozszerzeń oskrzeli przypomina bardzo leczenie ropni płuc; różni się od ostatniego pod dwoma względami, a mianowicie, że łatwiej jest uzyskać opróżnianie się rozszerzeń oskrzeli (zwłaszcza walcowatych) z wydzieliny, niż to widzimy w ropniach płuc, natomiast nie możemy usunąć samych rozszerzeń, a za tym podstawowej choroby, co nie raz ma przecież miejsce w ropniach płuc w odpowiednich warunkach (patrz pracę moją: Klinika ropnych spraw płucnych. Pol. Arch. Med. Wewn. 1935. nr. 3).

Zanim jednak omówię podstawy leczenia rozszerzeń oskrzeli, stosowanego w mojej klinice, chciałbym słów parę poświęcić *zapobieganiu* powstawania tej choroby.

1. Zapobieganie.

Sądzę, że przyjęcie wyżej wymienionych przeze mnie czynników patogenetycznych i podział rozszerzeń oskrzeli odda tu właśnie odpowiednie usługi.

a) *W postaci wrodzonej* rozszerzeń oskrzeli zapobieganie jest niestety niemożliwe, najwyżej można chronić chorego od powikłań , co należy do patologii dziecięcej.

b) *W postaci młodzieńczych* rozszerzeń pole naszego działania zwiększa się. Należy zwrócić uwagę na rozwój młodzieży w wieku pokwitania, ze szczególnym uwzględnieniem narządu oddechania. Już w roku 1932, omawiając postacie kliniczne rozedmy płuc, w szczególności zaś atonię płuc (zwiotczenie tkanki płucnej) u asteników, zwracałem uwagę (co podkreślałem i w poprzednich latach na kursach dla lekarzy szkolnych) na szkodliwość „dobrych chęci" rozwijania „płuc i klatki piersiowej" u młodzieży astenicznej z wąską i długą klatką piersiową. Za szczególnie niewłaściwe uważam t. zw. ćwiczenia oddechowe w ubraniach, gdyż nie ma wówczas zupełnie kontroli oddychania, wobec czego astenicy oddychają przede wszystkim przeponą, niezależnie jednak od tego, takie ćwiczenia choć nieraz wyrabiają wprawdzie mięśnie oddechowe *pomocnicze,* ale nie tylko nie „rozwijają płuc", lecz odwrotnie wzmożone oddychanie w tych warunkach jest wyraźnym *urazem* dla tkanki płuc, co ma różne niepożądane następstwa. Przedewszystkim dochodzi do obudzenia procesów gruźliczych, zabliźnionych w górnych częściach płuc i do rozszerzenia się gruźlicy pierwotnie włóknistej, tak częstej w tej postaci u asteników. Następnie wpływa niekorzystnie na narząd krążenia wobec małego serca, hypoplazji naczyniowej i zwiększonej pobudliwości naczynioruchowej asteników — wreszcie, co nas tu specjalnie

interesuje — ćwiczenia takie sprowadzają bezpośrednio rozciągnięcie tkanki płucnej (dystensio pulm), a zatym stan przedrozedmowy, po którym następuje rozedma wsteczna przedwczesna (emphys. involut. praecox). W tym też okresie i w tych warunkach powstające tzw. przeziębienia i nieżyty oskrzeli oraz kaszel działają rozciągająco na ścianę oskrzeli, zwłaszcza, że ich warstwa mięśniowa jest w słabszym napięciu, o czym wyżej już mówiłem.

Te ujemne skutki *nieodpowiednich* ćwiczeń fizycznych dla asteników wychodzą na jaw dopiero po paru lub kilkunastu latach, kiedy młodzież ta już opuściła szkołę. Nie znaczy to jednak, by młodzież ta miała być zwolniona od wszelkich ćwiczeń fizycznych, — przeciwnie, powinna ona ćwiczyć, ale pozostawać zarazem pod bardzo uważną kontrolą (i rentgenologiczną) i powinna odbywać tylko odpowiednie dla siebie ćwiczenia, t. zn. indywidualne. W razie przewlekającego się kaszlu, odpluwania, gorączki a zwłaszcza krwiotoków płucnych lekarze muszą bardziej, niż dotychczas się to dzieje, myśleć nie tylko o gruźlicy ale i o rozszerzeniach oskrzeli i atoniach płuc. Podkreślam, że znakomita większość, nawet zaawansowanych przypadków rozszerzeń oskrzeli, przychodzi do kliniki z poradni przeciwgruźliczych z rozpoznaniem gruźlicy, a zwrócę uwagę, że leczenie tych młodych chorych w przychodniach i sanatoriach razem z chorymi prątkującymi — jest narażeniem ich na tak niebezpieczne dla młodzieży zakażenie dodatkowe prątkami Kocha (superinfectio).

c. *W postaci rozedmowych rozszerzeń oskrzeli* zapobieganie ma również swoje znaczenie. Częściowo pokrywa się ono z zapobieganiem i wczesnym leczeniem rozedmy typu nieżytowego. I znowu powracam do mej dawnej tezy, że należy leczyć nie tylko nieżyty oskrzeli, ale — i to bodaj przede wszystkim — nieżyty górnych dróg oddechowych, gdyż te dają większą podnietę do kaszlu, tego urazu dla tkanki płucnej, którego znaczenie od wielu lat, niezależnie od autorów włoskich (w Instytucie Carlo Forlanini w Rzymie), podkreślam i to nie tylko w odniesieniu do gruźlicy płuc. Dlatego też uważam palenie tytoniu za szczególnie szkodliwe dla tych chorych, dla których nie nikotyna, ale dym jest niebezpieczeństwem. Oczywiście i inne czynniki, drażniące górne drogi oddechowe, jak pył, różne wyziewy itp. są szkodliwe. Wreszcie stałe używanie i nadużywanie alkoholu, który tak bezpośrednio, jak i pośrednio wywołuje lub pogarsza nieżyty (przekrwienia) gardzieli, krtani i tchawicy, powinno być unikane, choć sądzę, zgodnie ze starą tradycją lekarską, że alkohol w pewnych warunkach może być i lekiem, do czego jeszcze powrócę.

Ze względu na to, że — jak już wyżej podkreślałem — w tej postaci rozszerzeń oskrzeli mamy często z początku do czynienia z niewielkimi, „czynnościowymi" walcowatymi rozszerzeniami, które przedstawiają niejako „małą patologię", przeto należeć będzie raczej do zapobiegania przeciwko powstaniu typowych anatomicznych rozszerzeń oskrzeli, aniżeli do leczenia występowanie przeciwko atonii czy hipotonii mięśniówki oskrzeli. Osiągnąć to można, jak moje dotychczasowe doświadczenie wskazuje, przez postępowanie ogólnie higieniczne: unikanie wzmożonych wysiłków, zwłaszcza chodzenie pod górę, przebywanie w czystym powietrzu (choćby na wsi) lub ze względu na wiek tych chorych raczej w okolicy podgórskiej (Podkarpacie), a przede wszystkim pobyt nad morzem południowym (wyspy dalmatyńskie), daje dobre wyniki, w szczególności po przebyciu nieżytów oskrzeli. Z leków stosuję chętnie następujące pigułki:

Rp.: Sparteini sulph. 0,02
Calcii glycero-phosphor. 0,15
Strychnini nitr. 0,001 — 0,002
Pulv. et extr. Gentianae ana q. s. ut fiat leg. art. pillula. Dtd. Nr XXX.
S. 2 — 3 pigułek dziennie

przy czym ostatnią pigułkę zalecam zażyć przed godz. 6 wieczór. Korzystnie też działają: Nervocithin, Neurotonin, Phosphacid i inne). Równocześnie stosuję przetwory fosforowe np. Phosphit lub fosforowo-wapniowe (np. Tricalcin, Calcinapht, Calcisal, Biocalcol i in.).

Oczywiście nie każda rozedma nieżytowa, a tym mniej rozedma wsteczna, musi być zawsze powikłana rozszerzeniami oskrzeli, zdarza się to jednak tak często, pogarszając stan ogólny chorych i sprowadzając — nieraz pośrednią drogą—śmierć, że idei zapobiegania należy poświęcić więcej uwagi, podobnie jak to wyżej podkreślałem, należy też częściej myśleć o rozszerzeniach oskrzeli, lecząc chorych na rozedmę płuc.

d) *W postaci płucno - opłucnej roz-*

szerzeń oskrzeli zapobieganie ma małe znaczenie z chwilą, gdy podstawowe cierpienia, wywołujące rozszerzenia, już powstały. Szczególną uwagę należy poświęcić okresowi powstającej marskości płuc i jeżeli ten proces jest bardzo znaczny, ściągający klatkę piersiową, śródpiersie i przeponę, można pomyśleć o wyrwaniu nerwu przeponowego, przez co siła rozciągająca oskrzela będzie mniejsza. Przede wszystkim jednak należy i tu chronić chorego od nieżytów oskrzeli i dążyć do wczesnego rozpoznania za pomocą bronchografii z lipiodolem.

Tu raz jeszcze podkreślam, że to właśnie badanie nie przedstawia obecnie żadnego niebezpieczeństwa, poza zastrzeżeniami, o których wyżej mówiłem, i powinno być częściej wykonywane w przypadkach podejrzanych, aby chorych takich chronić od tak dla nich szkodliwych i niebezpiecznych powikłań nieżytowych i płucnych. To wczesne rozpoznanie rozszerzeń oskrzeli „niemych", a za tym przed okresem ich ujawnienia się i zapobieganie im jest skuteczniejszym środkiem, niż późniejsze leczenie powikłań.

2. Leczenie.

Jak wspominałem leczenie może iść tylko w kierunku powikłań a nie samych rozszerzeń oskrzeli. Wobec tych ostatnich możemy jedynie występować, hamując ich dalsze postępowanie (patrz wyżej).

1. *Leczenie krwiotoków* z rozszerzeń oskrzeli nie odbiega od utartych dróg. A więc stosujemy przede wszystkim spokój, umiarkowane raczej odżywianie z unikaniem potraw bardzo gorących (ale można dawać pokarmy ciepłe), uregulowanie wypróżnień, zwłaszcza usunięcie zaparcia i bębnicy, polecamy hamować kaszel, stosując popijanie małymi łyżkami lemoniady, chłodnej herbaty, w razie potrzeby stosujemy mniejsze lub większe dawki kodeiny. Zalecamy jednak pilne odpluwanie plwociny i krwi, która dochodzi do krtani, stosując nawet odpowiednie ułożenie chorego, o ile ono nie pobudza zbytnio do kaszlu.

Stosowania leków przeciwkrwiotocznych nie da się uniknąć choćby ze względów psychicznych, ale rola ich wydaje mi się dosyć wątpliwa (patrz pracę moją p.t. O leczeniu bodźcowym i wstrząsowym chorób wewnętrznych. Lek. Wojsk. 1935. Nr 8), jeśli chodzi o drogę doustną. Natomiast stosowanie dożylne i podskórne i domięśniowe leków przeciwkrwiotocznych może dać pewne wyniki. Nie chodzi tu oczywiście ani o wzmożenie krzepliwości krwi (która jest prawidłowa i dalej „poprawić się" nie daje), ani też o zamknięcie krwawiącego naczynia, jeżeli ono jest większe (wybitne krwioplucie i krwiotoki), natomiast małe krwioplucia (z naczyń włosowatych) nieraz ustępują przy tym leczeniu. Według mego doświadczenia, zarówno w klinice jak i na oddziale płucnym w Szpit. Św. Stanisława, który prowadziłem przez parę lat, wybór leku jest obojętny, gdyż każdy z nich dawał mi i dodatnie i ujemne wyniki przy szerszym stosowaniu. Korzystne działanie dochodzi do skutku w pierwszej fazie działania bodźcowego czy wstrząsowego, gdy ciśnienie krwi spada, choć czas krzepnienia wtedy przedłuża się, względnie w fazie drugiej, gdy przepuszczalność naczyń zdaje się zmniejszać. Najlepszym lekiem przeciwkrwiotocznym w krwiotokach wewnętrznych (oprócz zabiegu chirurgicznego, który w krwiotokach z rozszerzeń oskrzeli rzadko wchodzi w grę — odma sztuczna) jest sam krwiotok, gdyż nie tylko znaczny upływ krwi obniża ciśnienie krwi, ale czynią to nawet nieduże ubytki krwi. Śmierć w krwiotoku jest bardzo rzadka, choć notowana. Wówczas jednak chodzi o zmiany w większym naczyniu lub, jak w wspomnianym przypadku G a c k o w s k i e g o o rozszerzenie oskrzeli z rozszerzeniami naczyń (teleangiectases), kiedy niestety zatamowanie krwiotoku nie jest w naszej mocy.

W obfitych krwiotokach należy stosować poziome ułożenie tułowia, z nieco niższym ułożeniem barków i z lekkim pochyleniem głowy na bok, a to dla ułatwienia odpłynięcia krwi i uniknięcia zalania przez nią większych odcinków drzewa oskrzelowego, co grozić może uduszeniem chorego. Celowe jest przy tym opuszczenie ku dołowi ramion i podudzi dla zmniejszenia dopływu krwi do serca prawego. Podobnie skuteczne jest podwiązanie kończyn (z pozostawieniem tętna).

2. *Leczenie nieżytów oskrzeli* jest bodaj najważniejszym zadaniem lekarza w tej chorobie. Ponieważ chodzi tu o zakażenie oskrzeli z tworzeniem się ropy, przeto leczenie polega na: a) usuwaniu wydzieliny, b) odkażaniu ognisk, wzmaganiu odporności tkanek i całego ustroju, c) ogólnym wzmacnianiu ustroju. Szczegóły te omawiałem już w pracy „O sprawach ropnych

płuc", na tym miejscu opiszę je szerzej wraz z nowymi uzupełnieniami własnymi, zdobytymi przez naszą klinikę w ostatnich czasach. Wszystkie poniżej opisane metody leczenia były wielokrotnie stosowane i sprawdzane w naszej klinice i na tej podstawie dochodzę do wniosku, że znakomita większość autorów, zalecających pewne metody leczenia, czyni to z całą słusznością, natomiast niesłusznie zalecają jedną metodę, jako wyżej stojącą od innych. Wedle mego zdania tajemnica powodzenia leży raczej w umiejętności przeprowadzania leczenia, odpowiedniego czasu tego przeprowadzania, w indywidualizowaniu sposobu leczenia zależnie od rodzaju i stopnia powikłania, od licznych czynników i warunków, w których przeprowadza się leczenie—a wreszcie od stopnia zmian chorobowych i właściwości ustroju leczonego. Oczywiście odnosi się to na równi i do sposobów leczenia przeze mnie proponowanych.

a) *Usuwanie wydzieliny z oskrzeli* jest podobnie konieczne w rozszerzeniach oskrzeli, jak usuwanie ropy z jakiegokolwiek ogniska ropnego w ustroju. Niewątpliwie, najważniejsze tu jest odpowiednie *ułożenie* chorego. Zalecano szczególnie leżenie na brzuchu, jak i na boku zdrowym, albo na wznak ze zwróconą głową na bok, zawsze z uwzględnieniem, by miednica chorego była wyżej niż barki. Moim zdaniem nie zawsze udaje się przewidzieć, jaka pozycja jest najlepsza i zalecam doświadczalne ułożenie, kierując się skutkiem (ilość plwociny) i spostrzeżeniami *chorego*. Najlepszym ułożeniem jest to, w którym ilość plwociny jest największa i zostaje wydalona z łatwością w najkrótszym czasie. Choremu zalecamy przyjmowanie tego wypróbowanego ułożenia na przeciąg około 1 — 2 godzin kilka razy dziennie, a zwłaszcza natychmiast po obudzeniu się.

W klinice stosujemy też *bronchoskopię* (wykonywaną przez współpracowników Kliniki Otolaryngologicznej U. J. P.), połączoną z aspiracją, który to sposób zyskał sobie powodzenie we Francji i Ameryce. W ten sposób można nieraz usunąć duże ilości wydzieliny. Zabieg należy powtarzać co 2 do 4 tygodni, celowo można go łączyć z wlewaniem lipiodolu dla celów leczniczych (a czasem wykorzystać można dla kontroli rentgenologicznej). Stosuje się nieraz wlewania gomenolu lub salvarsanu. Przeciwskazaniem do bronchoskopii są przede wszystkim krwiotoki lub skłonność do nich, duszność, osłabienie krążenia. Muszę tu zaznaczyć, że Prof. E r b r i c h, Dyrektor Klin. Laryng. U. J. P. wprowadził sposób ten już przed wielu laty, a za tym wcześniej, niż zaczęto go stosować np. we Francji, gdzie poleca go S o u l a s, uczeń Amerykanina C h e v a l i e r - J a c k s o n a.

Ubiegłego roku, próbowaliśmy w naszej klinice opróżniać rozszerzenia oskrzeli za pomocą zwykłego zgłębnika, używanego przez nas do wpuszczania lipiodolu, próba ta nie udała się jednak, gdyż guma zgłębnika była zbyt podatna wobec ujemnego ciśnienia ssącego, koniecznego do wydostania wydzieliny, a idąc na ślepo nie chcieliśmy stosować zgłębnika twardszego. Próby nasze zmierzające do *miejscowego* leczenia rozszerzeń oskrzeli są nadal w toku. W obecnej chwili zalecić mogę systematyczne wlewanie lipiodolu do oskrzeli przez nos co 2 do 4 tygodni, za pomocą zwykłego zgłębnika.

Wreszcie pragnę podać parę uwag o stosowaniu leków farmakologicznych, mających na celu „ułatwianie" odpluwania plwociny. Uważam, że leki te, poza psychoterapią, nie przynoszą istotnej korzyści w praktyce i brak im przeważnie uzasadnienia. Jak ogólnie wiadomo wydzielina w rozszerzeniach oskrzeli jest dobrze płynna, co widać zwłaszcza rano, gdy w odpowiednim ułożeniu wydzielina wprost ,,wylewa się" często bez kształtu. Wobec tego leki ułatwiające odpluwanie przez wzmożenie wydzielania gruczołów śluzówki oskrzeli są zbyteczne, a mogą być nawet i uciążliwe. Podobnie też nie stwierdza się u tych chorych braku kaszlu odkrztuszającego, bądź to wskutek braku odruchu kaszlowego lub braku podniety do kaszlu. Przeciwnie, chory z rozszerzeniami oskrzeli nieraz skarży się na kaszel bez dostatecznego odpluwania, co powstaje zresztą w związku z nieodpowiednia (siedzacą, stojącą) pozycją ciała. Dlatego zbyteczne są leki wzmagające kaszel przez wywoływanie przekrwienia śluzówki oskrzeli lub też przez problematyczne podniecanie ośrodków lub dróg oddechowych. Dla ułatwienia usuwania wydzieliny, czynnika o dużym znaczeniu w leczeniu rozszerzeń oskrzeli, zalecam sposoby wyżej podane, tj. odpowiednie ułożenie chorego, ewentualnie opróżnianie za pomocą bron-

choskopu, co wymaga wszakże bardzo fachowego i specjalnego przygotowania. Zgłębnikowanie i przemywanie oskrzeli „na ślepo" jest jeszcze w zaczątkach.

b) *Odkażanie ognisk i wzmaganie odporności tkanek i całego ustroju.* Postępowanie wymierzone w tym kierunku jest prawdziwym leczeniem przyczynowym, coprawda tylko wobec zakażenia oskrzeli, a nie wobec rozszerzeń. Zaznaczam z naciskiem, że leczenie to przeprowadzaliśmy *zawsze* przy równoczesnym szerokim stosowaniu leczenia dopiero co omówionego i uważam za błąd sztuki postępowanie lecznicze w rozszerzeniach oskrzeli bez uwzględnienia dostatecznego opróżnienia oskrzeli z wydzieliny.

Ze względu na bakteryjne tło wszystkich nieżytów oskrzeli tu spotykanych, nasuwała się oczywiście myśl *leczenia swoistego.* Stosowano i my stosowaliśmy również różne *surowice* łącznie z przeciwzgorzelinową w przypadkach gnilnej, względnie zgorzelinowej wydzieliny. Niekiedy widzieliśmy wyniki korzystne, ale wobec analogicznych wyników, uzyskiwanych też przy leczeniu bodźcowym, nie mogę przypisać surowicom jakiejś istotnej wyższości. To samo powiedzieć muszę o *szczepionkach* gotowych, a nawet o *szczepionkach własnych* (z wyhodowanych z plwociny danego chorego bakterii), które stosowaliśmy bardzo szeroko w ubiegłym czasie.

Wobec tego wypróbowaliśmy leki *chemoterapeutyczne swoiste.* Tu zaliczyć należy stosowanie leków przeciwkrętkowych, zupełnie uzasadnionych wobec wyników badań bakteriologicznych w rozszerzeniach oskrzeli, o których wyżej mówiłem, zwłaszcza przy zgorzelinowej i gnilnej plwocinie. Obok neosalvarsanu (i innych przetworów arsenowych) stosowaliśmy rtęć i bizmut (różne przetwory). Przyznać należy, że nieraz wyniki były zadawalające, częściej jednak chodziło o przejściową poprawę lub nawet było jej brak. Wydaje mi się, że połączenia z jodem i chininą (jodbizmut-chinina, np. Quinby, 2 razy na tydzień ampułka) lub sam jod dawały lepsze wyniki. Jod podaję zwykle jako jodvnę w kroplach w mleku, rozpoczynając od 2 — 5 kropel na dawkę dwa razy dziennie po jedzeniu, postępuję codziennie o 1 kroplę więcej na każdą dawkę i dochodzę do 15 lub 20 kropli na dawkę. Emetyna, — lek swoisty w ropniach płuc, wywołanych przez pełzaki, zalecana i w rozszerzeniach oskrzeli, nie dawała żadnych godnych uwagi wyników.

Znacznie lepsze wyniki otrzymywaliśmy w niektórych przypadkach przy stosowaniu *leczenia wstrząsowego i bodźcowego* (patrz wspomniana wyżej praca na ten temat w Lek. Wojsk. 1935. Nr 8). Szczególnie chętnie stosuję yochinolkazeinę (zamiast mleka), zaczynając od roztworu słabszego (cała ampułka 5 ccm), a w razie dobrego znoszenia przechodzę od razu do silniejszego ($1/2$ — 1 ampułki 5 ccm) domięśniowo co 2 — 3 dzień. Być może korzystne jest tu działanie yochinolu. Oczywiście można stosować inne leki jak np. kolloidalne roztwory srebra, złota, a także i tiosiarczany sodowo-złotowe, jak Aurosan, a zwłaszcza Allochrysynę, ze wzgledu na jej stosowanie domięśniowe, w dawkach 0.05 — 0.10 (rzadko stosuję 0.20) co 2 — 4 dni. Za najkorzystniejszy przetwór, działający bodźcowo a zarazem „uszczelniająco" uważam wstrzykiwania przetworów wapnia i to zarówno chlorku wapnia (10 ccm 10% roztworu) dożylnie codziennie lub co drugi dzień, jak i glukonianu wapnia w podobny sposób (i inne). Leki odkażające, jak i rozmaite olejki lotne (np. z czosnku), niczym szczególnym się nie wyróżniały, lepsze są terpeny (terpinum hydratum), w kilku przypadkach stosowane przeze mnie Streptazin, Antistreptyna dały dość zachęcające wyniki.

Do metod najnowszych należy stosowanie dożylne alkoholu, będźwinianu sodu (natr. benzoicum) i diatermii krótkofalowej, którym poświęciliśmy w klinice szczególną uwagę.

Jak ogólnie wiadomo stosowanie *alkoholu* drogą doustną w chorobach płuc (zapalenia itd.) i nieżytach dróg oddechowych („przeziębienia", ostre nieżyty itp.) należy od bardzo dawna do regularnego postępowania leczniczego, przy czym podkreśla się skuteczne działanie alkoholu na narząd krążenia (naczynia). Landau (P. Gaz. Lek. Nr 11. 1931) i jego współpracownicy: Fejgin, Bauer pierwsi zastosowali alkohol w leczeniu ropni płuc w postaci wstrzykiwań dożylnych 33% roztworu alkoholu w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej. Przed nimi Thursz wstrzykiwał duże dawki alkoholu dożylnie w chorobach kobiecych, Landau też stosował alkohol w sprawach posoczniczych ale, jak podaje, bez skutku. Metoda ta jest odtąd stosowana

często i to nie tylko u nas, ale i zagranicą, przy czym obniżono stężenie roztworu alkoholowego (Landau i Kaminer do 20%), gdyż pierwotny roztwór wywoływał zmiany w ścianach żył i następowe ich zarastanie. Dawki stosowano po: 20 — 50 i więcej cm sz. dziennie (Thursz 100 do 150 i więcej). Wyniki w ropniach płuc, w ropnych i nieropnych zapaleniach płuc są niejednokrotnie korzystne, za czym i nasze doświadczenia niewątpliwie przemawiają.

Leczenie to zastosowaliśmy też w rozszerzeniach oskrzeli, co stosowali też Landau i Kaminer (P. Gaz. Lek. Nr. 37. 1932), uzyskując podobnie korzystne wyniki, tak, że uważam stosowanie alkoholu w tych sprawach za niewątpliwy postęp w lecznictwie. Oczywiście bywają też i zawody, o czem pisano i zagranicą, ale raz jeszcze tu podkreślę, że żadna metoda leczenia w żadnej poważniejszej chorobie nie daje 100% wyleczeń. Na czym polega poprawa? Autorowie metody podają odnośnie do ropni płuc, że ilość ropnej wydzieliny zmniejsza się po kilku nieraz wstrzykiwaniach, przy czym zanika jej ropny charakter, spada ciepłota ciała, poprawia się stan ogólny a badaniem fizycznym i seryjnym prześwietlaniem (ze zdjęciami) rentgenowskim wykazać można znikanie jamy ropnia i jej zbliznowacenie. Wyniki korzystne, uzyskane przez nas w rozszerzeniach oskrzeli polegają na znacznym zmniejszeniu się ilości plwociny, w przypadkach lżejszych na jej zniknięciu, na spadku gorączki i poprawie stanu ogólnego. Oczywiście rozszerzenia oskrzeli pozostają nieuleczalne, ale chory staje się zdolny do pracy. Osobiście stosowaliśmy 10 — 15 — 20% roztworu alkoholu etylowego w 5% — 10% roztworze cukru gronowego (ostatnio zalecają równoczesne wstrzykiwania małych dawek: 5 — 10 — 15 jednostek insuliny dla zabezpieczenia miąższu wątrobowego przed działaniem toksycznym alkoholu, co jednak stosujemy rzadziej), w ilości 20 — 50 ccm dziennie, codzień lub co 2 — 3 dni. Niekiedy przekraczaliśmy tę dawkę.

Jaki jest mechanizm działania? Landau przypuszcza, że alkohol posiada powinowactwo do tkanki płucnej (pneumotropia), jest wychwytywany przez układ siateczkowo-śródbłonkowy płuc i działa w ten sposób bezpośrednio odkażająco na ogniska zapalne, bakteryjne w płucach. Różnica w podawaniu dożylnym a doustnym ma polegać na tym, że alkohol wprowadzony dożylnie dochodzi w dużym stężeniu do płuc, omijając wątrobę, która go zatrzymuje. Osobiście nie podzielam tego poglądu, gdyż alkohol wprowadzony dożylnie krąży we krwi, dostaje się do wątroby (przyp. żółtaczki po stosowaniu alkoholu, ogłoszony przez autorów metody) i zostaje też wydzielany drogą moczu, choć znaczna jego część istotnie jest wydzielana przez płuca. Moim zdaniem *swoiste działanie alkoholu* przejawia się bez względu na sposób jego wprowadzenia i wyłącznie dzięki temu, że jest wydalany przez płuca na równi z innymi ciałami lotnymi (np. eter, chloroform, aceton, olejki eteryczne i wiele innych). Natomiast wyższą skuteczność alkoholu, dożylnie wstrzykiwanego, należy przypisać działaniu jego na białka krwi podczas wstrzykiwania: w ten sposób powstaje zwyrodnienie (proces fizyko-chemiczny) białek krwi, wskutek czego, jako obce białka, działają one *bodźcowo* lub *wstrząsowo* na ustrój, co też niekiedy istotnie stwierdza się w klinice. Oczywiście odmienne tłumaczenie w niczym nie umniejsza skuteczności tej metody leczenia. Wychodząc jednak z tego założenia, uzyskiwałem w paru przypadkach wyniki korzystne, stosując alkohol doustnie w dawkach frakcyjnych w ciągu dnia (w postaci wina, koniaku, wódki itp.) i równocześnie stosując wstrzykiwania domięśniowe mleka lub yochinol-kazeiny, jako leczenie bodźcowe. Praktycznie może to znaleźć zastosowanie w razie trudności systematycznego leczenia drogą dożylną.

Drugą nową metodą jest *dożylne stosowanie wodnego roztworu będźwinianu sodu.* Tu przypomnę, że będźwinian sodu ma szerokie zastosowanie w przemyśle spożywczym, gdzie jest dodawany do różnych konserw, jako dozwolony przez ustawę środek przeciwgnilny, a także jest on od bardzo dawna stosowany doustnie w różnych chorobach płuc i oskrzeli, w dawkach dziennych około 1 — 2 gramów. Włoch Bassano pierwszy stosował w dość dużych dawkach wodny roztwór bedźwinianu sodu we wstrzykiwaniach dożylnych w leczeniu wrzodów żołądka, wykazując w ten sposób nieszkodliwość tej drogi wprowadzania leku. L. Goldkorn na oddziale d-ra Lewina (Warsz. Czas. Lek. Nr. 27/28 1935, Presse Méd. Nr. 7 1937)

zastosował dożylne wstrzykiwania bedźwinianu sodu u chorych z gruźlicą płuc i przekonał się również o nieszkodliwości tej drogi stosowania leku. Dalsze próby Goldkorna, dokonane u chorych z ropniami i zgorzelą płuc, a także w ropotoku w rozszerzeniach oskrzeli wykazały również korzystne działanie tego leku. Nasze badania potwierdzają w pełni te doświadczenia. Niewątpliwe korzystne wyniki, otrzymane w sprawach ropnych płuc za pomocą dożylnej terapii dużymi dawkami tego leku są bez porównania lepsze, niż przy dotychczas stosowanych małych dawkach doustnych, które zresztą w różnych nieżytach oskrzeli oddają bardzo dobre usługi. W leczeniu drogą dożylną stosowano z początku roztwory bardziej stężone (20%) jednak z powodu uszkodzeń żył, podobnie jak to czyni alkohol, stosuje się obecnie (Goldkorn) 10% roztwory. Dawka dzienna wynosi od 2—3 g do 5—6 gr. i więcej naraz. Nieraz chory, natychmiast po wstrzyknięciu, odczuwa uczucie gorąca w głowie, sensacje w nosie i ustach, a niekiedy ból w górnej części brzucha. Goldkorn sądzi, że sensacje w górnych drogach oddechowych są „objawem nasycenia" i należy dążyć do stosowania właśnie takich dawek a nawet wyższych, gdyż one dopiero dają najlepsze wyniki. Osobiście mniemam, że nie jest to bezwzględną regułą. Zagadnienie w jaki sposób działa będźwinian sodu w ropotokach oskrzelowych nie jest wyjaśnione. I tu Goldkorn sądzi, że przez ominięcie wątroby (gdzie będźwinian sądu łączy się z kwasem hipurowym i glukoronowym, stwierdzanym w moczu) lek ten zostaje zatrzymany przez tkankę płucną („pulmotropizm") gdzie może rozwinąć swe działanie i gdzie ulega wydzieleniu. Brak badań nie pozwala na przyjęcie lub odrzucenie tych przypuszczeń, gdyż sensacje węchowosmakowe nie upoważniają do tego. Na podstawie szerszego doświadczenia własnego (wliczając w to stałe stosowanie przeze mnie natr. benzoic. drogą doustną od bardzo wielu lat) muszę podkreślić, że będźwinian sodu uważam za najdzielniejszy lek „osuszający", obniżający wydzielanie śluzówki oskrzeli, a wstrzykiwania dożylne wysokich dawek tego leku podwyższyły jeszcze tę wartość. Dla tego to, dążąc zawsze do uproszczeń w leczeniu, wprowadziłem do mojej kliniki stosowanie będźwianiu sodu w wysokich dawkach ale *drogą doustną*. Dr Trepkowski zdał sprawę z częściowych wyników, przez nas uzyskanych (na posiedzeniu Tow. Int. P. Koło Warszawskie — druk. w „Medycynie" Nr. 19. 1937), dziś mogę to tylko potwierdzić w pełni i lek ten do ogólnego stosowania zalecić. Stosowaliśmy natr. benzoic, bądź to w dużych dawkach jednorazowo, bądź też rozdzielając tę dawkę na mniejsze ale pobierane kilkakrotnie w ciągu paru godzin lub doby. Podręczniki toksykologii mówią, że dzienna dawka do 50 g sprowadza jedynie pieczenie, palenie w żołądku lub wymioty. W naszych badaniach oczywiście do tej dawki nie dochodziliśmy i stosujemy z początku dawkę 3 — 4 g dziennie, dochodząc jednak często do 10 — 15 g i wyżej (nawet b. rzadko 30 — 35 g) na dzień w razie dobrego znoszenia. Naturalnie dawkę powoli zwiększamy (codzień o 1 — 4 g), aby osiągnąć optimum przy możliwie niskiej dawce. Zapisujemy: Rp: Natrii benzoici 10,0. Aq. dest. 150 i zalecamy zażywanie łyżkami, (1 łyżka stołowa czyli 15 g roztworu odpowiada 1 g leku) po jedzeniu (nie na pusty żołądek!), popijając wodą. Badania porównawcze u szeregu chorych wykazały, że doustnie stosować należy nieco wyższe dawki niż dożylnie, wyniki te jednak przeważnie nie ustępują wynikom, uzyskanym przy wstrzykiwaniach, jak chyba tylko wyjątkowo. Natomiast stwierdza się niekiedy sensacje (zawsze nieszkodliwe!) ze strony przewodu pokarmowego (częściej niż przy stosowaniu drogi dożylnej) na ogół jednak słabe i przejściowe; są one silniejsze, jeżeli żołądek jest pusty. Próbowaliśmy też stosowanie będźwianu sodu w postaci małych klizm (dawki jak doustne), wydaje się to jednak raczej kłopotliwe choć nieszkodliwe, jeśli rozcieńczenie leku jest dostateczne (w tym stosowaniu omija się również wątrobę). Goldkorn stosował 2% roztwór podskórnie (100—200 ccm) lecz działanie było słabsze. Zaleca tę drogę w lecznictwie dziecięcym.

Korzystne działanie będźwinianu sodu w przypadkach analogicznych lub tych samych było może lepsze, niż stosowanie alkoholu, obecnie zaś przy stosowaniu dawnej drogi doustnej leczenie to uważamy za metodę najdogodniejszą i bardzo celową, choć nie jedyną. Oczywiście ostateczne wyniki są różne: w przypadkach rozszerzeń walcowatych nie powikłanych zmianami płucnymi wyniki otrzymuje się szybciej,

są one zupełne i długotrwałe. W rozszerzeniach workowatych są one trudniejsze do uzyskania, a w razie powikłań płucnych bardzo trudne. Także i trwałość uzyskanej poprawy zależy od wielu czynników a niejednokrotnie przerwanie leczenia sprowadza pogorszenie. Dla wykazania jak dalece „osuszająco" działa będźwinian sodu przytoczę dość liczne już spostrzeżenia, że lek ten podawany u chorych z nieżytami oskrzeli o małej wydzielinie osuszał całkowicie i szybko oskrzela, natomiast wywoływał nieraz uporczywy, suchy kaszel tak, że musieliśmy zaprzestać podawania go. W przypadkach dychawicy oskrzelowej, gdzie wydzielina jest skąpa i często lepka, widywałem nawet napady duszności. Czyżby będźwinian sodu wywoływał skurcz mięśniówki, tak pożądany w rozszerzeniach oskrzeli a zwłaszcza typu rozedmowego? Dziś tego nie mogę jeszcze powiedzieć. Gdyby to przypuszczenie okazało się słusznym, będźwinian sodu zyskałby jeszcze jedną podstawę do stosowania go w rozszerzeniach oskrzeli.

Stosowanie *diatermii długofalowej* dawało niekiedy dobre wyniki, większe nadzieje pokładano jednak w *diatermii krótkofalowej*. Moja klinika była jedną z pierwszych, która zastosowała szerzej tę metodę w rozszerzeniach oskrzeli. Istotnie, obok innych sposobów leczenia, diatermia krótkofalowa może przynieść korzyść, widywałem jednakże krwioplucia, a raz nawet silny krwiotok. Co prawda jak wyżej już podkreślałem, krwioplucie i krwiotoki w rozszerzeniach oskrzeli często bywają i spotyka się je też przy stosowaniu każdego leczenia, łącznie z alkoholem i będźwinianem sodu.

Wprawdzie leczenia powyższe działają korzystnie też w *zgorzelinowych i gnilnych* nieżytach oskrzeli, co stwierdzamy po zniknięciu znanej a tak przykrej woni plwociny i oddechu chorego, to jednak pragnę tu podać jeszcze jeden sposób postępowania pomocniczego w tym kierunku, sposób jeszcze nie ogłoszony, który wprowadziłem dopiero przed trzema laty do mojej kliniki. Podstawą teoretyczną tego postępowania są dwa fakty: po pierwsze obecność krętków i innych bakterii beztlenowych, właśnie w cuchnącej plwocinie; po drugie teoria Prof. Erbricha (1924), że ropnie zgorzelinowe płuc i zgorzele płuc powstają wskutek zatkania oskrzeli i braku dostępu powietrza do ogniska zakażonego. Jak wiadomo z fizjologii tlen znajduje się w powietrzu atmosferycznym w 20%, w powietrzu pęcherzykowym zaś w 14 — 15%. Badania dr Szredera, wykonane w mojej klinice dowiodły, że odsetek tlenu w powietrzu pęcherzykowym w rozedmie płuc może być jeszcze niższy i dochodzi do 11%. Na złe warunki utlenienia krwi tętniczej w różnych chorobach płuc, wskazują też dobitnie liczne badania dr Szredera, także w mojej klinice wykonane, nad krwią tętniczą, pobieraną z tętnicy szprychowej tych chorych. Opierając się na tych badaniach zaleciłem *podawanie tlenu* do *wdychiwania* chorym z ropniami zgorzelinowymi, a nawet zwykłymi, płuc jako też w zgorzelinowych i gnilnych nieżytach w rozszerzeniach oskrzeli. W ten sposób można podnieść odsetek tlenu w powietrzu pęcherzykowym (a więc w powietrzu stykającym się ze ścianami oskrzeli i mieszającym się z wydzieliną oskrzelową) do 80 — 90% i więcej. Leczenie to przeprowadza się w mojej klinice w sposób następujący: chory oddycha z butli tlenowej tlenem, przechodzącym przez odpowiednie reduktory (np. znany przyrząd firmy Perkun) i przez wodę ciepłą (dla nasycenia parą wodną, inaczej tlen może drażnić), do której można dodać kroplę olejku mentolowego lub terpentyny (nie jest to bynajmniej konieczne). Inhalacja tlenowa trwa około 10 — 15 minut kilka razy dziennie, a chorzy chwalą sobie to leczenie. Nasze próby z leczeniem tlenowym (po odstawieniu wszelkich leków) dały nam liczne bardzo dobre wyniki, przede wszystkim znamionujące się zniknięciem cuchnięcia, poprawą ogólną i miejscową. Oczywiście wyniki te są lepsze w ropniach płuc, zwłaszcza zgorzelinowych, mogę jednak w pełni zalecić *tlenoterapię* także i w rozszerzeniach oskrzeli.

Wreszcie w leczeniu zalecam nieraz *inhalacje* chorym, którzy przy obfitym odksztuszaniu ropnej i cuchnącej plwociny nieraz cierpią na nieżyty i przekrwienia tchawicy, krtani i gardzieli. Jako płyn do inhalacji bardzo dobre wyniki daje woda Szczawnicka „Józefina"; można też użyć prostej mieszanki: łyżeczka herbaciana oszyszczonej sody i takaż dawka soli kuchennej na szklankę wody. Inhalacje tymi płynami zalecam przez 10 — 15 minut 3 — 5 razy dziennie.

c) *Ogólne wzmacnianie ustroju* a więc leżenie w łóżku w razie gorączki, sprawa odżywiania, ogólna higiena, właściwe ustosunkowanie się do zawodu, który nieraz przynosi ze sobą liczne szkodliwości — nie wymagają szerszego omówienia. Muszę jednak zaznaczyć, że męczenie chorego dietą bezsolną i znaczne ograniczanie w przyjmowaniu płynów daje wyniki zbyt skromne i zbyt drogo okupione, aby je można polecać.

Zbierając powyższe uwagi należy podkreślić, że niewątpliwie dziś możemy o wiele więcej uczynić dla chorych cierpiących na rozszerzenia oskrzeli, niż to dawniej mogło mieć miejsce. Na plan pierwszy wybija się jednak konieczność wczesnego rozpoznania rozszerzeń oskrzeli a zwłaszcza w odniesieniu do tak częstych, choć nieznanych „rozszerzeń czynnościowych" czy też atonii mięśniówki oskrzeli w rozedmie płuc, gdzie w pełni stosować można zapobieganie. Następnie szczególną uwagę należy zwrócić na leczenie rozszerzeń powikłanych jedynie lub głównie nieżytami oskrzeli (przed powikłaniami ze strony miąższu płuc i innymi). Te powikłania (ropotoki) leczymy, stosując ogólne przepisy higieniczne, uwzględniając leczenie klimatyczne, przede stkim jednak dbając o należyte opróżnienie oskrzeli z wydzieliny. Nieodłącznie przy tym zwalczamy zakażenie i wstrzymujemy wzmożone wydzielanie. Tu celowym jest stosowanie leczenia bodźcowego łącznie z doustnym podawaniem dużych dawek będźwinianu sodu lub jego wstrzykiwaniem, jak też stosowaniem alkoholu, tlenoterapii, pomocniczym wlewaniem lipiodolu. Zależnie od jakości przypadku, powikłań jak też i od warunków, należy ułożyć plan leczenia i często go kombinować ,gdyż indywidualizowanie jest tu niezbędne i od umiejętności leczenia i szerokiej znajomości działania stosowanych leków zależą w dużym stopniu wyniki w przypadkach, w których można coś uzyskać zanim zbliży się okres choroby, który na początku skreśliłem.

Na zakończenie pozostaje mi naszkicować sprawę *chirurgicznego leczenia* rozszerzeń oskrzeli.

1. *Sztuczna odma opłucnej* znajduje małe zastosowanie: wielu autorów zagranicą i u nas stosuje ją tylko wyjątkowo. Z jednej strony bowiem tak często istniejące zrosty uniemożliwiają jej założenie lub uzyskuje się odmę częściową, przy braku wpływu na chorobowo zmienioną część płuc; z drugiej zaś strony sprawa chorobowa raz powstała nie cofnie się pod wpływem odmy i dla tego należałoby ją stosować jeszcze dłużej, niż w gruźlicy płuc, przy czym oczywiście możliwość powikłań odmowych coraz bardziej wzrasta. Tu też podkreślić należy, że pewne typy rozszerzeń spotyka się w wieku późniejszym, kiedy odma jest źle znoszona ze względu na małe krążenie i rozedmę płuc; wreszcie często istnieją trudności, gdy rozszerzenia oskrzeli są obustronne.

2. *Wyrwanie nerwu przeponowego* dla uniesienia i unieruchomienia przepony ma już szersze zastosowanie, zwłaszcza w jednostronnych rozszerzeniach dolnych i metodę tę nieraz stosuję z dobrym, przynajmniej czasowo, wynikiem. Oczywiście zabieg ten nie wyłącza leczenia wewnętrznego i nie zawsze się udaje, gdy zrosty opłucnej nie pozwalają przeponie podnieść się ku górze. Przy lewostronnym wyrwaniu często bywają skargi ze strony serca i żołądka.

3. *Torakoplastyka* jest postępowaniem podobnym w działaniu do poprzedniego zabiegu, ale szerszym i w zasadzie bardziej celowym. Operacja ta pozwala na skurczenie się i tak zmienionej części płuca. Zalecić ją należy właściwie w okresach niezbyt zaawansowanych, ale z powikłaniami płucnymi lub w postaci płucno-opłucnej, pod warunkiem jednak, że proces zgorzelinowy lub ropny jest do pewnego stopnia opanowany. Operacja ta wymaga, aby choroba była jednostronna, druga strona płuc zupełnie zdrowa, stan narządu krążenia bez zarzutu, stan ogólny dobry, wiek chorego młody. Poza tym operacja ta nie należy do lekkich i jest zniekształcająca.

Na podobnych założeniach opiera się leczenie *plombą pozapłucną*.

4. *Pulmotomia:* nacięcie płuca aż do ognisk ropnych ma na celu dotarcie do jam rozszerzeniowych, by ułatwić odpływ ropy. Operacja sama nie tak ciężka (pomijam zastrzeżenie co do zakażenia opłucnej) jest jednak tylko postępowaniem objawowym. Rozszerzeń oskrzeli nie leczy, a wiedzie do przetok, nieraz długotrwałych. Natomiast nie przedstawia poważniejszych przeciwwskazań.

5. *Lobektomia, pulmektomia* — wycięcie

części lub całego płata płucnego — jest to *jedyny zabieg radykalny i celowy* w rozszerzeniach oskrzeli. Wskazania są jednak ograniczone do choroby, zajmującej jeden płat lub jego część. Nadto stan ogólny chorego musi być dobry, zwłaszcza narządu krążenia a wiek chorego młody. Sam zabieg, dziś znacznie udoskonalony, jest jednak jeszcze bardzo ciężki, stąd też i decyzja lekarza jest pełna odpowiedzialności. W odpowiednich przypadkach należy jednak tę decyzję podjąć w obliczu choroby, wprawdzie przewlekłej, ale nie mniej prowadzącej do śmierci.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Patogeneza niewydolności krążenia. (La pathogénèse de l'insuffisance circulatoire). Witold Orłowski.

Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux Nr. 5, 1937.

Zagadnienie powstawania niewydolności krążenia jest stale przedmiotem dokładnych badań klinicznych i doświadczalnych, gdyż dotychczasowe poglądy na patogenezę niewydolności krążenia nie tłumaczą istoty sprawy.

Badania szkoły prof. Orłowskiego miały na celu przekontrolowanie zmian przemiany materii i dynamiki w okresach zaburzeń krążenia.

Materiał badawczy obejmował przypadki: 1) klinicznie zdrowych, 2) chorych sercowych w okresie wyrównania i niewydolności krążenia różnego stopnia.

Wykonane badania wykryły cały szereg zaburzeń.

Dynamika krążenia.

Objętość wyrzutowa serca w spoczynku u chorych sercowych w okresie wyrównania jest większa niż u osób zdrowych, odpowiednio do niej powiększa się również ilość krwi wyrzucanej przez serce w ciągu jednej minuty (E. Reicher, A. Fidler). W okresach niewydolności objętość minutowa serca zmniejsza się do wartości notowanych u ludzi zdrowych. Jednakże wyniki te są tylko pozornie prawidłowe, szczególnie przy porównaniu z wysoką objętością wyrzutową w okresie wyrównania. Przy pracy objętość minutowa serca u chorych sercowych zwiększa się przede wszystkim kosztem przyśpieszenia jego czynności a nie zwiększenia objętości wyrzutowej.

Ilość krwi krążącej (Fidler) zachowuje się zmiennie zarówno w okresie wyrównania jak niewydolności krążenia. W odniesieniu do zdrowych stwierdza się jednak częściej zwiększenie ilości krwi krążącej, niż zmniejszenie.

Stosunek objętości krwinek do osocza u chorych w okresie wyrównania przesuwa się nieco na korzyść krwinek. W okresie niewydolności objętość krwinek jest mniejsza niż w okresie wyrównania.

Badania chemiczne.

Zdolność wiązania tlenu przez krew w okresie niewydolności jest zmniejszona. Upośledzenie utleniania tkanek jest wynikiem tej właściwości krwi, zmniejszenia zdolności wychwytywania tlenu prezz tkanki i przyśpieszenia przepływu krwi przez naczynia włosowate.

Badanie podstawowej przemiany materii aparatem Krogh'a wykazuje częste jej wzmożenie w okresie wyrównania — wzmożenie to spada do poziomu prawidłowego lub nawet poniżej w okresie niewydolności krążenia.

Ciśnienie CO_2 w powietrzu pęcherzykowym nie ulega większym wahaniom. Dla prześledzenia gospodarki kwaso-zasadowej badano zasób zasad we krwi oraz pH i zawartość amoniaku w moczu. U chorych sercowych pH moczu jest zwykle niższe, niż u ludzi zdrowych. Wartość zasobu zasad jest zmienna — notowano wahania w obu kierunkach.

Składniki mineralne. Poziom Cl we krwi, osoczu i krwinkach ulega często w okresie niewydolności krążenia obniżeniu czasami ze zmniejszeniem wskaźnika chlorowego

$$\frac{\text{Cl krwinek}}{\text{Cl osocza}}$$

W zakresie kationów (Na, Ca, K, Mg) nie stwierdzono żadnych stałych i większych wahań.

Badania nad gospodarką węglowodanową (Roguski) objęły krzywe kwasu mlecznego i cukru we krwi.

Krzywa kwasu mlecznego w okresie niewydolności krążenia wykazuje w odniesieniu do wartości, otrzymanych u ludzi zdrowych, następujące odchylenia: 1) zawartość kwasu mlecznego naczczo jest nieco wyższa, 2) cała krzywa ma przebieg podwyższony, 3) powrót do wartości wyjściowej jest opóźniony.

Poziom cukru we krwi naczczo jest u chorych z niewydolnością krążenia niższy, niż u ludzi zdrowych. Szczyt krzywej cukrowej jest opóźniony i wyższy, niż prawidłowo. Powrót do wartości wyjściowej jest znacznie opóźniony. Odchylenia te zwiększają się równolegle do stopnia niewydolności krążenia.

Badania ciał azotowych, a w szczególności białek krwi (Fidler, Glass) wykazały odchylenia ilościowe i jakościowe. Co do zmian liczbowych to najwyraźniej daje się uchwycić wzrost azotu niebiałkowego we krwi, co jest zjawiskiem dość dziwnym wobec prawidłowego wydalania ciał azotowych przez nerki. Świadczy to o łatwiejszym rozpadzie ciał białkowych. Szybkość hydrolizy białek, otrzymanych z krwi chorych z niewydolnością krążenia, jest większa, niż u ludzi zdrowych. Glass wykazał wzmożoną zdolność wiązania zasad przez białka surowicy krwi chorych w okresie niewydolności krążenia.

Badając wpływ surowicy krwi na rozwój hodowli fibroblastów, stwierdził Ostrouch wyraźne przyśpieszenie wzrostu hodowli pod wpływem surowicy chorych sercowych w okresie niewydolności krążenia. Takiego działania nie spostrzeżono w odniesieniu do surowicy zdrowych — wpływ ten zaznacza się w mniejszym stopniu przy zastosowaniu surowicy chorych sercowych wyrównanych.

Odrębny dział badań stanowi porównanie wyników otrzymanych u tych samych chorych w czasie leczenia, w różnych okresach niewydolno-

ści i wyrównania. Fidler stwierdził zmniejszanie się stopnia wzmożenia podstawowej przemiany materii, zmniejszenie się ilości krwi krążącej i objętości minutowej serca w miarę poprawy stanu klinicznego pod wpływem pobytu w łóżku i środków leczniczych.

Badania Roguskiego nad wpływem jednorazowego wstrzyknięcia dożylnego przetworu naparstnicy wykazały duże zmiany w składzie chemicznym krwi. Zanotował on: wzrost zasobu zasad, azotu resztkowego i wody w osoczu z jednoczesnym obniżeniem zawartości wody w krwinkach i poziomu białka w osoczu. Zawartość Cl nie ulega zmianie. Stosowanie stałe naparstnicy wywiera wyraźny wpływ na gospodarkę chlorową ustroju (Roguski). Naparstnica działa w niewydolności krążenia chloropędnie nawet w przypadkach, gdzie nie ujawniło się jej działanie moczopędne.

Fidler badał wpływ wstrzyknięcia salirganu na skład chemiczny krwi i spostrzegł wzrost zasobu zasad i obniżenie się poziomu chloru we krwi całkowitej, krwinkach i osoczu.

Badania te, przeprowadzone w niewydolności krążenia, stwierdzają, że jest ona chorobą całego ustroju a nie jednego czy kilku narządów. Świadczą o tym duże zmiany w składzie chemicznym krwi, będące odzwierciadleniem zaburzeń w biochemiźmie tkanek i narządów. Najbardziej miarodajne są wyniki osiągnięte u chorych sercowych w różnych okresach choroby, wykazują one, że już w początkowych, klinicznie bezobjawowych okresach, w okresie całkowitego wyrównania zachodzą w ustroju chorego duże zmiany, przygotowujące powoli katastrofę, jaką jest niewydolność krążenia.

Przypadek ropnia wątroby, przebiegający z objawami niewydolności krążenia. (Abscés du foie au symptomatologie larvée se presentant comme une asystolie). H. Sohier, Soulage.

La Presse Méd. Nr 58, 1937.

Objawy niewydolności krążenia pojawiają się często w przebiegu ciężkich spraw chorobowych związanych z dużymi zmianami w wątrobie, jednakże rzadko tak przesłaniają obraz kliniczny jak w podanym przypadku.

Chory, żołnierz, zachorował wśród objawów ogólnego osłabienia, okresowych stanów gorączkowych do 40° i bólów w prawym podżebrzu. Po kilku miesiącach do dolegliwości tych dołączyła się duszność, obrzęki na nogach, utrata łaknienia i wzdęcia brzucha, przy czym bóle w podżebrzu prawym wzmogły się.

Przedmiotowo stwierdzono duszność, sinicę warg i wysoką gorączkę. Duże obrzęki obejmowały kończyny dolne i okolicę krzyżową kręgosłupa. Czynność serca bardzo przyśpieszona, tony głuche. Radiologicznie — znaczne powiększenie wymiaru poprzecznego serca. Brzuch wzdęty, krążenie oboczne w górnej części powłok. Obecność niedużej ilości wolnego płynu w jamie otrzewnej. Wątroba wystaje na 12 cm spod prawego łuku żebrowego, twardawa, bolesna, ruchoma oddechowo. Śledziona duża, twarda (w wywiadach przebyta zimnica). Stolce wolne.

W zakresie płuc stwierdzono objawy przekrwienia biernego w dolnych częściach, skrócenie odgłosu wypukowego ze zniesieniem drżenia piersiowego w prawej okolicy podłopatkowej. Stłumienie to pochodziło jak stwierdzono radiologicznie od wysokiego ustawienia przepony. W moczu znaleziono barwiki żółciowe i białko w ilości 0,25°/₀₀. Kilkakrotnym badaniem krwi stwierdzono stale utrzymującą się leukocytozę (15 — 10 tysięcy) obojętnochłonną.

W rozmazach krwi pasożytów zimnicy nie znaleziono. Po zostosowaniu środków sercowych stan ogólny chorego poprawił się, lecz płyn w brzuchu, obrzęki i krążenie oboczne na powłokach nadbrzusza utrzymywały się bez zmian.

Dwukrotnym nakłuciem prawego podżebrza wydobyto płyn ropny ze znaczną domieszką krwi. W czasie zabiegu chirurgicznego stwierdzono ropień wątroby; po jego nacięciu wydobyto dużą ilość ropy i założono sączki. Po zabiegu chory początkowo poprawiał się, ale po dziesięciu dniach zmarł wśród objawów zapalenia otrzewnej.

Wyniki badania sekcyjnego nie tłumaczą objawów niewydolności krążenia, jakie u tego chorego występowały. Nie znaleziono bowiem żadnych prawie zmian w sercu. Obrzęki na nogach i puchlina brzuszna zależały prawdopodobnie od mechanicznego ucisku na żyłę próżną dolną wywieranego przez rozwijający się ropień wątroby.

Oporność na insulinę pochodzenia przysadkowego, wyleczona naświetleniami Rentgena. (Insulinoresistance prolongée et radiothérapie hypophysaire). F. Rathery i P. Froment.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris Nr. 21, 1937.

Autorzy opisują przypadek chorego na cukrzycę, u którego stwierdzono oporność na leczenie insulinowe. Przypadek ten przedstawiał odchylenia od stanu prawidłowego w postaci dużej wątroby, zabarwienia brązowego skóry i upośledzenia rozwoju narządów płciowych. Zespół ten wskazywał na zaburzenia w zakresie przysadki mózgowej. Poziom cukru we krwi — 250 mg/%, zawartość cukru w moczu około 6%. Próba na aceton w moczu dodatnia.

W ciągu roku, chorego leczono dietą o bardzo małej zawartości węglowodanów z wstrzykiwaniem insuliny w dawce 300 jednostek dziennie, jednakże poziom cukru we krwi, ani cukromocz nie ulegały zmianie, a stan ogólny chorego pogarszał się coraz bardziej. Wobec ciężkiego stanu chorego zdecydowano się na naświetlania przysadki promieniami Roentgena, pomimo, że zdjęcie czaszki nie wykazywało żadnych zmian. Już po kilku naświetlaniach poziom cukru we krwi obniżył się, cukromocz zmniejszył się trzykrotnie, chory przybył na wadze.

W kilka dni po ukończeniu naświetlań wystąpiło nagłe pogorszenie z wyraźnymi objawami śpiączki cukrzycowej, w czasie której poziom cukru we krwi podniósł się do 500 mg/%, a zasób zasad we krwi spadł do 20. W ciągu trzech dni choremu wstrzykiwano olbrzymie dawki insuliny (600 — 2000 jednostek w ciągu doby). Po tym okresie czasu chory poprawił się wyraźnie i objawy insulino - oporności ustąpiły. Chory otrzymuje około 100 jednostek insuliny dziennie, poziom cukru we krwi wynosi około 130 mg/%, cukromocz do 2%, chory tyje i pracuje.

Obrazy morfologiczne krwi w marskości wątroby. (Les aspects du sang dans les cirrhoses du foie). E d. B e n h a m o u, A. N o u c h i.

La Presse Méd. 55, 1937.

Badanie morfologiczne krwi chorych na marskość wątroby wykazuje w tych przypadkach pewne dość typowe i powtarzające się obrazy. Między innymi dawno już spostrzeżono, że często u chorych tych występuje w późnym okresie choroby niedokrwistość hemolityczna.

Ostatnio na podstawie dość licznych badań stwierdzono, że przy marskości wątroby występuje często niedokrwistość, odpowiadająca ściśle obrazowi choroby B i e r m e r a. A więc obok niskich liczb krwinek czerwonych zanotowano w tych przypadkach wysoką zawartość hemoglobiny, co daje wskaźnik barwny znacznie większy od 1 np. 1,3 — 1,5 — 1,7. We krwi obwodowej występuje anizocytoza z wyraźnie zaznaczoną makrocytozą. Dla całości obrazu wykonano u tych chorych zgłębnikowanie żołądka i nakłucie mostka z badaniem rozmazów szpiku kostnego. W kilku przypadkach i te wyniki zgadzały się z obrazem choroby B i e r m e r a. Badanie cząstkowe żołądka po podaniu peptonu lub wstrzyknięciu histaminy wykazywało całkowity brak kwasu solnego wolnego.

W obrazach szpiku kostnego spostrzega się żywy odczyn erytroblastyczny. Zestawienie wszystkich tych wyników ze zmianami spostrzeganymi w niedokrwistości złośliwej wykazuje uderzające podobieństwo w zachowaniu się układu krwiotwórczego.

Drugą grupę stanowią przypadki marskości wątroby z niedokrwistością typu pierwotnej niedokrwistości niedobarwnej. We krwi obwodowej stwierdza się anizocytozę z przewagą mikrocytów. W tych przypadkach, zgłębnikowaniem żołądka, stwierdzono niską kwaśność soku żołądkowego, niekiedy z brakiem wolnego kwasu solnego. Obraz szpiku kostnego odpowiada obrazowi krwi obwodowej, t. zn. stwierdzono również zmniejszoną liczbę krwinek białych o małej średnicy i słabszym wysyceniu barwikowym.

Najciekawszy dział stanowią przypadki marskości wątroby ze zwiększoną liczbą krwinek czerwonych. Zarówno liczba krwinek czerwonych, jak wysoka zawartość hemoglobiny przedstawiały się podobnie jak w chorobie Va q u e z a.

W rozmazach szpiku kostnego stwierdzono u tych chorych dużą ilość normoblastów bez objawów wzmożonego odczynu ze strony układu białokrwinkowego.

Wyniki tych badań dają pewne wskazówki co do leczenia chorych z marskością wątroby. W przypadkach tych należy zwracać uwagę na obraz krwi i obok leczenia sprawy zasadniczej, należy starać się poprawić stan niedokrwistości tak, jakby ona była samorodną. A więc przy niedokrwistości, zbliżonej do choroby B i e r m e r a, podać należy surową wątrobę doustnie lub jej przetwory w postaci wstrzykiwań. W przypadkach niedokrwistości niedobarwnej dobrze robi stosowanie żelaza w dużych dawkach.

Co się tyczy marskości podobnej do typu choroby V a q u e z a, to wbrew podawanym notatkom osiąga się niejednokrotnie dobre wyniki przez stosowanie fenylhydrazyny.

Krwawienia w obrębie pęcherzyka żółciowego. (Les hémocholecystes). N. F i e s s i n g e r, A. B e r g e r e t, J. L e v e u f.

La Presse Méd. Nr. 55, 1937.

Sprawy chorobowe, toczące się w pęcherzyku żółciowym powodują często wypełnienie jego płynem surowiczym lub, w przypadkach zakażenia, ropnym. Rzadziej nieco stwierdzić można obecność krwi.

Spostrzegane przypadki krwotoków z pęcherzyka żółciowego podzielić można na:

a) sprawy połączone z obecnością kamieni w pęcherzyku,

b) przypadki niepowikłane kamicą.

W przytoczonych trzech przypadkach pierwszej kategorii przebieg kliniczny był typowy dla kamicy wątrobowej. Pojawiały się więc napady silnych bólów w prawym podżebrzu, którym towarzyszyła gorączka, nudności i gorzkie wymioty. Niekiedy pojawiała się żółtaczka. Objawy te czasami przybierały postać ostrego zapalenia otrzewnej. Uporczywość dolegliwości i znaczne natężenie bólów skłaniają do zabiegu chirurgicznego.

W przytoczonych przypadkach stwierdzono w usuniętym pęcherzyku żółciowym następujące zmiany:

pęcherzyk duży, rozciągnięty, twardy, wypełniony płynem żółcio - krwawym z licznymi skrzepami krwi. Wśród tych skrzepów znaleźć można różnej wielkości kamienie o nieregularnych brzegach. Ściana pęcherzyka różnej grubości w poszczególnych jego odcinkach zmieniona zapalnie: obrzmiała i przekrwiona z licznymi histologicznie stwierdzonymi naciekami z krwinek białych. Krwawienie pochodzi najczęściej prawdopodobnie z rozszerzonych naczyń krwionośnych błony śluzowej pęcherzyka. Czasami krwawią uszkodzone mechanicznie naczynia warstwy głębszej. W tych przypadkach powstać może krwiak śródścienny, który po przebiciu się do jamy pęcherzyka powoduje wypełnienie jego krwią.

Przytoczony przypadek krwotoku pęcherzyka żółciowego nie zawierającego kamienia, jest znacznie trudniejszy do wytłumaczenia. Nieznana jest przyczyna tak znacznego krwawienia ze ściany bardzo nieznacznie zmienionej zapalnie. Mierne rozszerzenie naczyń krwionośnych jakie stwierdzono operacyjnie dało wyraźne objawy bólowe i dość obfite krwawienie wewnątrzpęcherzykowe.

CHOROBY NERWOWE

Tętniaki tętnicze wewnątrzczaszkowe. (Les anévrysmes artériels intracraniens). L. B o u r r a t, P. G i r a r d i P. M o r e a u.

Le Journal de Lyon. Nr. 420, 1937.

Tętniaki tętnicze wewnątrzczaszkowe, będące częstym tematem zainteresowań zagranicą, są rzadko omawiane w piśmiennictwie francuskim. Jednak występują o wiele częściej, niż to się przypuszcza. Niemal wyłącznie umiejscowione są w naczyniach na podstawie czaszki. Szczególnie często występują na tętnicy łączącej przedniej i mózgowej przedniej, w miejscu, gdzie się one rozwidlają.

Najczęściej są pojedyńcze, choć opisywano również i liczne. Zwykle są drobne, wielkości czereśni, sięgając niekiedy rozmiarów pięści. Ściany tętniaka mają charakter włóknisty, najczęściej przylega do nich organizujący się zakrzep.

W tkankach przyległych obserwuje się procesy o charakterze oponowo - encefalitycznym. Mogą występować objawy krwiotoku podpajęczynówkowego bez widocznego pęknięcia tętniaka. Na ogół obrazy kliniczne są dość rozmaite. W przypadkach tętniaków pochodzenia zatorowego na pierwszy plan wysuwają się objawy choroby, powodującej zatory. Liczne tętniaki w czasie swego rozwoju wcale nie ujawniają się klinicznie; nagła śmierć wskutek piorunującego krwiotoku jest pierwszym objawem śmiertelnego cierpienia. W pewnej części przypadków istniejące objawy kliniczne pozwalają na przypuszczenie możliwości tętniaka. Jednym z ważniejszych objawów, nasuwających podejrzenia w kierunku tętniaka, są krwiotoki podpajęczynówkowe, szczególnie, gdy się powtarzają często. Gdy przyłączają się w następstwie objawy miejscowe rozpoznanie nabiera większych cech pewności. Badanie dna oka, osłuchiwanie czaszki, niekiedy zmiany kostne (zanik kości, względnie zwapnienia w ścianie tętniaka), pozwalają na rozpoznanie prawdopodobieństwa tętniaka. Najpewniejszą jednak metodą rozpoznawczą jest arteriografia (de Moniz). Interesujące są przypadki, gdzie w następstwie kilkakrotnych krwiotoków, występowała limfocytoza, długo się utrzymująca w płynie. Najpospolitsze są porażenia nerwu okoruchowego, zapalenia nerwu ocznego, czasami zespół lejka i guza szarego, często neuralgia pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego.

Etiologicznie brane są pod uwagę: zatory, urazy, kiła, miażdżyca naczyń oraz zaburzenia rozwojowe. Najwłaściwszym jest postępowanie chirurgiczne, choć też niezwykłymi wynikami nie może się poszczycić. Autor przestrzega przed bezkrytycznym stosowaniem nakłucia lędźwiowego, mogącego spowodować nagłe zejście śmiertelne.

Stopa koślawa i poronny niedowład połowiczy. (Pied bot et hémiplégie fruste. Technique sémiologique de neurologie infantile). André-Thomas.

La Presse Médicale. Nr. 75, 1937.

Technika badania neurologicznego dziecka jest bardzo trudna: nie można odwołać się do jego woli i uwagi, poleceń dziecko najczęściej nie spełnia. Lekarz przy badaniu małego dziecka zmuszony jest zachować stanowisko weterynarza lub fizjologa wobec zwierzęcia. Ograniczyć się jednak tylko do prostej obserwacji w większości wypadków nie wystarcza, trzeba się uciec do metodycznego badania odmiennego od sposobów, stosowanych u dorosłych. Przy badaniu kiły, koordynacji, przystosowania, amplitudy i innych właściwości aktu ruchowego u dziecka André-Thomas podaje kilka wygodnych sposobów, pozwalających wykryć nawet dość subtelne zaburzenia. Badane sześciomiesięczne dziecko poza stopą koślawą pozornie niema innych odchyleń od normy. André-Thomas prowokuje szereg reakcji, ujawniających istnienie poronnego niedowładu połowiczego. Dziecko, pozostawione same sobie, rzadziej uruchamia kończynę podejrzaną, ruchy wykonywa mniej harmonijnie, nie tak szybko, jak po stronie przeciwnej. W pozycji leżącej kończyna po stronie chorej częściej jest wyprostowana. Spontanicznie lub po podrażnieniu (ukłucie, drapanie, pociąganie i t. d.), dziecko zgina obydwie kończyny, gdy po chwili kończyny wracają do pierwotnej pozycji, po stronie chorej wyprostowanie następuje szybko, brutalniej, hałaśliwiej. Próbę można zmodyfikować przez podniesienie jednoczesne obydwu stóp. Po stronie chorej stopa upada o wiele szybciej i mocno uderza o podłoże. Dziecko, podniesione pionowo i następnie opuszczone na ziemię jedną nóżką (druga jest zgięta i podtrzymywana), po stronie zdrowej nóżki nie zgina, zachowując pozycję wyprostną, po stronie niedowładu widać uginanie się pod wpływem ciężaru ciała (réaction de soutien). Po unieruchomieniu kończyny, z wyjątkiem odcinka badanego, przez ukłucie lub inne podrażnienie odpowiedniego odcinka można doskonale obserwować i ocenić siłę, rozmiary, szybkość i przystosowanie się odpowiednich grup mięśniowych do podniet zewnętrznych. Po stronie chorej mięśnie są bardziej rozciągliwe: łatwiej np. przyciągnąć stopę do pośladków. Przy trzymaniu dziecka do góry nogami, po stronie zdrowej ręka dotyka się ziemi, a po chorej pozostaje jakby przyklejona do tułowia. Zaznacza się tu mniejsze uzdolnienie statyczne. Gdy dziecko stoi na czworakach, badający przykłada rękę nieco niżej ramienia i lekko popycha: jeżeli dziecko jest popchnięte w stronę chorą wówczas ramię się ugina, łokieć zgina i cały tułów przechyla się w tę samą stronę. Przy łaskotaniu policzka po stronie chorej dziecko niemal się nie broni, po przeciwnej — szybko podnosi rączkę i odpycha przykry bodziec.

O wyborze związków barbiturowych przy leczeniu padaczki. (Du choix des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie). Ph. Pagniez.

La Presse médicale. Nr. 60, 1937.

Opierając się na pracach autorów angielskich (Milmana i Hendersona) Pagniez zachęca do wypróbowania zalet prominalu (isonalu), który miał redukować do jednej trzeciej ilość napadów padaczkowych w porównaniu z luminalem. Przy leczeniu luminalem przeciętna ilość napadów na tydzień wynosiła 2,62, natomiast prominal obniżał ją do 0,92. Prominal nie ma wpływu na „petit mal". Stosowany był w dawkach o 50 — 100% wyższych, niż luminal.

Zespoły Basedowa pochodzenia mózgowego. (Syndromes basedowiens d'origine encéphalitique). M. Roch.

La Presse médicale. Nr. 63, 1937.

Według współczesnych poglądów zespół Basedowa może być uwarunkowany pierwotnymi zmianami w układzie nerwowym. U 54-letniej chorej z wolem miernej wielkości, wśród temperatur, wahających się około 38,3° C, obserwowano drobne drżenie, obejmujące głównie kończyny, wargi i język. Tętno sięgało 96 na minutę. Przemiana podstawowa wynosiła +56. Pod względem neurologicznym: zespół, wskazujący na zajęcie zapalne układu nerwowego, gorączka, przewaga jednostronna drżenia, chód z zataczaniem się, wygórowanie odruchów i stopotrząs, brak współruchów kończyny górnej przy chodzeniu. U drugiej chorej, lat 39, stwierdzono

powiększenie tarczycy, częstoskurcz, drobne drżenie obu kończyn, bezsenność i widziadła senne, wychudzenie, podwyższenie przemiany podstawowej (40 — 75?); chora została operowana i wówczas ujawniło się, że sama tarczyca nie jest zmieniona, poza niewielkiemi skupieniami limfocytów nic nie stwierdzono. Później widziano senność, drżenie bardzo wybitne, zbliżone do podśpiączkowego, wzmożenie odruchów, szczególniej po jednej stronie, dysmetrię i adiadochokinezę. Po operacji stan chorej pogorszył się. Przez cały czas nie spostrzegano objawów ocznych. W tym przypadku objawy nadczynności tarczycy nie były zależne od gruczołu, a raczej spowodowane zostały zapaleniem rozsianym mózgu, podczas gdy w pierwszym przypadku można było przypuścić podrażnienie wtórne czynności tarczycy przez pierwotną sprawę zapalenia układu nerwowego.

Kuligowski.

CHOROBY DZIECI

Zapalenie uszu i wyrostków sutkowych u niemowląt. (Les oto-mastoidites des nourrissons). J. Comby.

Archives de Médecine des Enfants. Nr. 10, 1937 r.

Zagadnienie utajonego zapalenia uszu i wyrostków sutkowych i jego związek z zaburzeniami jelitowymi, odwodnieniem i wyniszczeniem u niemowląt było żywo dyskutowane na nankowych posiedzeniach lekarskich w 1936 r., zwłaszcza w Paryskim Towarzystwie Pediatrycznym. Autor podaje krótki przegląd piśmiennictwa, dotyczącego tej sprawy.

Już w 1903 r. L. A. Barbillon ogłosił interesujący artykuł pod tytułem: „O infekcji septycznej pochodzenia usznego u niemowląt". Autor, badając na dużym materiale jamę bębenkową i jej najbliższe sąsiedztwo, bardzo często stwierdzał w nich w czasie autopsji ropę — mimo braku jakichkolwiek zmian na błonie bębenkowej za życia. W jednej serii badań, na 15 badanych zwłok dzieci, 13 razy znalazł wypełnienie ropą jamy sutkowej i jamy bębenkowej — mimo braku przedziurawienia błony bębenkowej. W drugiej i trzeciej serii przypadków, na 12 autopsji wykrył 6 razy obustronne zapalenie uszu i 1 raz jednostronne zajęcie ucha.

Obraz kliniczny cierpienia przedstawiał się zwykle następująco: u dziecka, rozwijającego się dotychczas prawidłowo, zjawia się bladość, wymioty, biegunka, podwyższona ciepłota; objawom powyższym towarzyszy szybki spadek na wadze, zapadnięcie ciemiączka i oczu, apatia, upośledzenie sprężystości skóry, sinica, zamroczenie (toxemia). Dziecko szybko ginie. Badanie pośmiertne wykazuje w tych przypadkach bardzo nieznaczne zmiany w przewodzie pokarmowym, lub nawet ich brak, — natomiast w uszach stwierdza się zwykle dużo ropy. Wyciek z uszu w tych przypadkach zjawia się stosunkowo rzadko, dlatego też zmiany zapalne w uszach wykrywa dopiero sekcja. Z posiewu ropy wyhodowuje się paciorkowce (częściej) i gronkowce. Za życia nie stwierdza się zazwyczaj objawów miejscowych — jak bolesność na ucisk wyrostka sutkowego, zaczerwienienie, chełbotanie, powiększenie gruczołów chłonnych. Obok postaci kończących się szybko zejściem śmiertelnym, są i takie, w których zjawiają się okresy remisyj; ale i z tej grupy przypadków wiele kończy się ostatecznie niepomyślnie.

Barbillon dochodzi na zasadzie swych spostrzeżeń do następujących wniosków:

1. Skupienie dzieci w zakładzie sprzyja infekcji septycznej niemowląt.

2. Punktem wyjścia zakażenia jest jama noso-gardzielowa, stąd szerząc się, przechodzi ona na ucho środkowe i jego okolice.

3. Schorzenie to spotyka się u dzieci niezwykle często.

4. Znaczną liczbę stanów chorobowych, które dotychczas wiąże się z pierwotnym schorzeniem przewodu pokarmowego, należy odnieść do schorzenia septycznego, rozpoczynającego się w jamie noso-gardzielowo-bębenkowej.

5. To pierwotne zakażenie noso-gardzieli i ucha odbija się wtórnie ujemnie na stanie ogólnym dziecka i powoduje zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Nawet w przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu (kończących się śmiercią), perforacja błony bębenkowej może nie występować zupełnie.

6. Kliniczne rozpoznanie utajonego zapalenia ucha jest bardzo trudne.

* * *

W 1921 r. M. Renaud ogłosił pracę zatytułowaną: „Zapalenie uszu i ropne zapalenie kości skalistej u noworodka, ich częstość, znaczenie dla biegunek u dzieci, i ich rola w powstawaniu atrepsji”. Na zasadzie swych badań autor dochodzi do wniosku, że zapalenia oczu i ropne zapalenia kości skalistej, odgrywają w patologii niemowlęcia rolę szczególną; one to są prawie wyłącznie przyczyną niepomyślnego zejścia i od nich należy uzależniać dużą śmiertelność dzieci w okresie niemowlęctwa. Na 70 autopsji dokonanych w ostatnich dwu miesiącach (sierpniu i wrześniu) autor stwierdził we wszystkich przypadkach rozległe zmiany ropne w jamie bębenkowej i kości skalistej. U 30 z tych dzieci zmiany w uszach stwierdzono za życia, u pozostałych 40 dopiero na sekcji. Wszystkie te dzieci klinicznie szły pod flagą ostrych zaburzeń jelitowych, z wymiotami, rozwolnieniem i toksykozą, trwającymi najczęściej od jednego do kilku dni.

Do podobnych wniosków dochodzą L. Guinon i P. E. Ménétrier. J. Comby zwraca uwagę na fakt utajonego występowania zmian w uszach i zajęcia wyrostka sutkowego bez uprzedniego ropotoku. Powołuje się też na prace autorów południowo - amerykańskich, którzy dochodzili do podobnych wniosków.

Z materiału M. Steinslegera wynika, że na 9 niemowląt operowanych z powodu zapalenia wyrostka sutkowego, tylko w 2 przypadkach stwierdzono uprzednio wyciek z ucha. W 7 przypadkach błona bębenkowa była nienaruszona (zapalenie utajone w 77% przypadków).

Fakt częstego występowania ropnego utajonego zapalenia ucha u niemowląt w pierwszych miesiącach życia potwierdzają także A. Barbillon, L. Tixier, L. Martin, Sd. Lesné, L. Ribadean-Dumas, Pr. Merklen, J. Hallé i Le Marc-Hadour.

W 1936 r. L. Ribadeau-Dumas, J. A. Ramadier, H. A. Guillon i J. Lemelletier ogłosili pracę o zapaleniach wyrostka sutkowego u niemowląt, — zasługującą na szczególną uwagę. Z badań wymienionych autorów wynika, że sprawa infekcyjna przebiega w dwu okresach: 1) zakażenie noso - gardzieli i 2) przejście zakażenia na ucho i okolice sąsiednie, co powoduje ciężki stan ogólny i zespół objawów gwałtownej biegunki (le syndrome cholériforme). Trudności w rozpoznaniu zapalenia wyrostka sutkowego i w ustaleniu wskazań do zabiegu operacyjnego są bardzo duże. W niektórych przypadkach, poza ciężkim stanem ogólnym, gwałtowną biegunką i mniej lub więcej podniesioną ciepłotą, nie stwierdza się żadnych objawów zapalenia wyrostka sutkowego. A więc w przypadku ciężkiego stanu ogólnego, objawów odwodnienia i kwasicy, zaburzeń przewodu pokarmowego, dla których nie znajduje się wytłumaczenia, należy zawsze myśleć o utajonym zapaleniu wyrostka sutkowego i o ewentualnym zabiegu operacyjnym. Utajone zapalenie zdarza się stosunkowo często i wynosi około 10% ogólnej liczby zapaleń wyrostka sutkowego.

Zabieg operacyjny na wyrostku sutkowym jest zwykłą antrotomią. Nieco bardziej skomplikowany (wyłyżeczkowanie) staje się on w razie obecności ziarniny w jamie sutkowej. Antrotomię wykonuje się zazwyczaj pod znieczuleniem miejscowym. Jest to zabieg bardzo lekki i służy zarówno dla celów rozpoznawczych, jak i leczniczych.

Wyniki badań wyżej wymienionych autorów wywołały ożywioną dyskusję. Już w miesiąc później (luty 1936 r.) H. Grenet, R. Levent, P. Osaac-Georges ogłosili nową pracę o zapaleniu wyrostka sutkowego u niemowląt.

Na podstawie swych badań wnioskują oni, że w wielu stanach chorobowych niemowlęcia, zwłaszcza w stanach, którym towarzyszą zaburzenia w odżywianiu, często występują rozległe zmiany chorobowe w kości skalistej. Przecięcie błony bębenkowej zazwyczaj nie daje pomyślnych wyników. W tych przypadkach jednakże zapalenie wyrostka sutkowego występuje wtórnie i dlatego uważają oni, w przeciwstawieniu do L. Ribadeau-Dumasa, leczenie operacyjne za bezużyteczne; niekiedy może ono nawet pogarszać ciężki stan dziecka, spowodowany ogólnym zakażeniem.

Należy przypomnieć nadto pracę J. Le Meé z r. 1929 o utajonym zapaleniu ucha. Zdaniem tego autora zapaleniu ucha środkowego zawsze towarzyszy zajęcie wyrostka sutkowego (oto - mastoiditis). Jeśli kilkakrotne przecinanie (paracentesis) błony bębenkowej, nie daje pomyślnych wyników, należy uciec się zawsze do „paracentezy wyrostka sutkowego”.

* * *

Autor przytacza cały szereg innych jeszcze badaczy, którzy, opierając się na mniej lub więcej licznych spostrzeżeniach klinicznych i sekcyjnych, dochodzą do różnych wyników.

Najwięcej słuszności wydaje się mieć L. Ribadeau-Dumas ze swymi współpracownikami, zwolennicy stosowania antrotomii w przebiegu ciężkiego schorzenia jelit z objawami gwałtownego odwodnienia i zatrucia. Wprawdzie zabieg operacyjny na wyrostku sutkowym nie zawsze daje dobre wyniki, tak, jak nie zawsze udaje się zwalczyć odwodnienie wstrzykiwaniem różnych roztworów. Zapalenie wyrostka sutkowego nie jest jedynym, samoistnym cierpieniem, jest raczej miejscem, w którym schorzenie główne (ogólne) się lokalizuje. Nie należy zatem po trepanacji wyrostka spodziewać się stale pomyślnych wyników; zabieg ten bezsprzecznie pozwala jednak w pewnych beznadziejnych okolicznościach uratować życie dziecku.

H. Wójciak.

GINEKOLOGIA.

Stosunek pomiędzy czynnością jajnika a witaminą C. (Rélations entre le fonctionnement de l'ovaire et la vitamine C.). Giroud A., R. Ratsimamanga, C. P. Leblond, M. Rabinowicz.

Gynécologie. Obstétr. T. 35, Nr 6, 1937.

W poszukiwaniu stosunku jaki zachodzi pomiędzy działalnością jajnika, a kwasem askorbinowym (witaminą C), autorzy posługiwali się me-

todą mikrochemiczną, polegającą na barwieniu azotanem srebra cząsteczek kwasu askorbinowego. W wyniku swych badań autorzy stwierdzili przede wszystkim, że gruczoły dokrewne są najbogatsze w kwas askorbinowy w porównaniu z innymi narządami ustroju. Wśród tych gruczołów dokrewnych jajnik zajmuje nie pośledne miejsce, ale w jajniku szczególnie bogate w witaminę C jest ciałko żółte.

Dokładniejsze badanie porównawcze na skrawkach z rozmaitych okresów życia ciałka żółtego wykazały że istnieje wyraźnie zaznaczona równoległość pomiędzy zawartością kw. askorbinowego w ciałku żółtym, a jego stanem czynnościowym. Najwyższe mianowicie liczby witaminy C uzyskano w ciałku żółtym dojrzałym, w okresie jego rozkwitu, natomiast w miarę występowania w c. ż. zmian wstecznych ilość kw. askorbinowego wyraźnie się zmniejsza.

W ciąży najwyższe wartości uzyskiwano w 3. miesiącu ciąży; poczynając od 6. m. ciąży zawartość witaminy C w ciałku żółtym zaczyna się szybko zmniejszać, jest jednak nawet z końcem ciąży wyższa niż poza ciążą.

Tak więc, o ile w komórce warstwy ziarnistej pęcherzyka Graafa ilości kw. askorbinowego są znikome, o tyle od chwili luteinizacji wzrastają gwałtownie, zachowując przy tym równoległość do wydzielania hormonu ciałka żółtego (progestiny).

Ciekawe zagadnienie stanowi zawartość witaminy C w łożysku; istnieją uzasadnione przypuszczenia, że zastępuje ona w czasie ciąży ciałko żółte w jego ochronnym działaniu na ciążę. Istotnie stwierdzono w łożysku ludzkim kw. askorbinowy, choć w ilości znacznie niższej, jak w ciałku żółtym.

W następstwie przedstawionych wyników zjawia się przypuszczenie, że obniżenie w jajniku, względnie w ciałku żółtym, ilości witaminy C może być powodem zaburzeń jego działalności.

Myśl ta może z biegiem czasu stać się podstawą postępowania leczniczego, o ile dotychczasowe wiadomości zostaną potwierdzone.

Wynicowanie macicy wywołane przez urodzenie się wielkiego podśluzowego mięśniaka. Odnicowanie samoistne po odcięciu mięśniaka. (Inversion utérine provoqué par l'expulsion d'un volumineux fibrome sousmuqueux. Réduction spontannée d'inversion après ablation du fibrome). Keller R. i J. Eugui.

Revue franç. Gynécol. Obstétr. T. 32, Nr 9, 1937.

Autorzy obserwowali przypadek wynicowania macicy pod wpływem urodzenia się dużego (15 × 20 cm) mięśniaka podśluzowego. Wynicowanie spowodowało wstrząs i obfity krwotok, toteż leczenie rozpoczęto dwoma transfuzjami.

Dopiero wówczas usunięto przez pochwę mięśniak nie rozpoznając zresztą wynicowania macicy. Pochwę wytamponowano mocno gazą.

Stan chorej poprawił się znacznie, tak, że postanowiono postępować zachowawczo. Kiedy wreszcie na 12. dzień po operacji zbadano chorą, stwierdzono, że nastąpiło samoistne odnicowanie się macicy i stan ginekologiczny nie odbiegał od stanu normalnego.

Przypadek ten godzien jest uwagi ze względu na zasadnicze zagadnienie, czy należy wynicowaną macicę natychmiast odnicowywać na ostro, względnie usuwać, czy też poprostu pozostawić, licząc na samoistne odnicowanie się dzięki brakom czynnika pociągającego ku dołowi, oraz pod

wpływem działania więzadeł macicy sprzyjających powrotowi jej do dawnej postaci.

Pojedyńczy przypadek autora nie może być podstawą do daleko idących wniosków, ale może wywołać dyskusję.

Badania nad fizjologią trąbki kobiecej. (Étude sur la physiologie de la trompe utérine de la femme). C. D a n i e l, S. N i t e s c u, A. S o i m a r u, J. G e o r g e s c u.

Revue française de Gyn. et. d'Obstetr. 32 année Nr 6 Juni 1937. Str. 421.

Autorowie badali jajowody kobiet operowanych (wyłączając przypadki schorzeń trąbkowych) oraz przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach. Przygotowanie trąbki do doświadczeń polega na zanurzeniu jej do zimnego roztworu soli fizjologicznej i zdjęciu po 10 — 20 min. otrzewnej. Powstaje rurka mięśniowa, której koniec maciczny przytwierdza się do szklanego walca, a koniec brzuszny łączy z pisakiem. Cały aparat zanurza się do roztworu soli fizjologicznej o ciepłocie 38°.

Autorowie stwierdzili istnienie 2 rodzajów skurczów: włókien podłużnych i włókien poprzecznych. Włókna podłużne kurczą się co 4 — 5 minut, trąbka skraca się i wydłuża naprzemiennie, ruch zaś zaczyna się od końca brzusznego i kieruje się do macicy. (Stwierdzono to przez zawieszenie jajowodu w kształcie litery V i umieszczenie pisaków na obydwu końcach). Skurcze włókien okrężnych dają niezależne silne wychylenia.

Dalsze doświadczenia polegały na dodawaniu różnych środków chemicznych do soli fizjologicznej i obserwacji ich działania na kurczliwość trąbki. Zwiększenie pH do 7,65 zwiększa amplitudę wychyleń i zmniejsza częstość skurczów, pH = 7,10 zwalnia rytm, lecz jednocześnie zmniejsza amplitudę.

A l k a l o i d y: nikotyna w małych ilościach zwiększa napięcie i częstość skurczów, w dużej dawce znosi zupełnie skurcze.

Pochodne c h o l i n y działają przez długi czas — podnoszą napięcie i częstość skurczów.

P a p a w e r y n a i jej przetwory zmniejszają wybitnie napięcie i znoszą zupełnie skurcze. To doświadczenie tłómaczy dobre działanie lecznicze papaweryny w stanach skurczowych jajowodu.

H o r m o n y: A d r e n a l i n a wywiera działanie przejściowe w postaci nagłego wzrostu napięcia i zwiększenie częstości skurczów.

F o l l i k u l i n a w dawce 500 jedn. nie wywiera żadnego wpływu, w dawce powyżej 1000 j. zmniejsza napięcie i częstość skurczów, w dawce 4000 j. znosi ruchy.

P r o l a n uczula trąbki na działanie follikuliny. Po uprzednim podaniu prolanu już dawka 500 j. follikuliny znosi skurcze.

C i a ł k o ż ó ł t e zmniejsza napięcie trąbek.

Następne doświadczenie z szeregiem innych środków chemicznych dotyczyły trąbek zwierzęcych.

Działanie adrenaliny, efetoniny, papaweryny i pochodnych jest identyczne jak na jajowód kobiety.

Pilokarpina, cholina, fizostygmina zwiększają napięcie, a w większych dawkach zwiększają wychylenia. Jeśli uprzednio poddaje się trąbki działaniu atropiny, środki te pozostają bez wpływu, zaś atropina podana później znosi ich działanie.

E r g o t a m i n a daje nagły, silny wzrost napięcia i amplitudy, adrenalina znosi jej działanie.

H y o s c y n a i h y o s c i a m i n a regulują ruchy trąbek pod względem rytmu i wychyleń.

A l k o h o l e t y l o w y w małych dawkach lekko podnieca ruchy, w większych zmniejsza niewyraźnie napięcie, w dużych obniża napięcie i zmniejsza wychylenie.

Powyższe doświadczenia mogą wg. autorów stanowić punkt wyjścia dla poznania i stosowania środków leczniczych w ginekologii. Działanie paraliżujące papaweryny może mieć zastosowanie w stanach skurczowych i pewnej postaci niepłodności. Działanie follikuliny i prolanu usprawiedliwia kombinowane stosowanie tych przetworów w niedomodze jajników.

Świąd sromu u ciężarnych. (Prurit chez les femmes enceintes). V i g n e s.

La Gynécologie T. 36, Nr 2, 1937.

Autor obserwował w praktyce prywatnej 41 przypadków świądu sromu w czasie ciąży i 27 przypadków świądu w innych okolicach ciała. Oczywista, liczby powyższe winny być znacznie wyższe, jeśli uwzględni się przypadki lekkie z ledwo zaznaczonymi dolegliwościami.

Zastanawiając się bliżej nad cechami cierpienia, autor podnosi trudność ujednostajnienia lokalizacji schorzenia, pacjentki bowiem skarżą się na świąd to w śluzówce przedsionka, to warg mniejszych, to na zewnętrznej powierzchni warg większych. Niekiedy dołączają się jeszcze skargi na świąd wewnątrzpochwowy.

Świąd rozpoczyna się najczęściej w 6-ym miesiącu ciąży.

W spostrzeganych przez się przypadkach autor mógł stwierdzić stosunkowo często współistnienie schorzeń miejscowych, jak to żylaki, niekiedy tak ukryte, że dopiero właśnie świąd doprowadzał do ich unaocznienia.

Stosunkowo często współistnieją ze świądem upławy, niekiedy pieniste, charakterystyczne dla rzęsistka pochwowego.

W kilku przypadkach miała miejsce pochwica, występująca jeszcze przed ciążą; w jednym zaś — wystąpiło nienormalne podniecenie płciowe.

Z czynników etiologicznych autor wspomina o kile, którą podejrzewał w 17 przypadkach; o nadczynności tarczycy, stwierdzanej w kilku przypadkach, w których jednocześnie występowały uderzenia krwi do głowy; o zaburzeniach w rozwoju płciowym.

Dość często stwierdzano cukromocz, zresztą nie przekraczający normalnych stosunków w ciąży. Niekiedy współistniały ze świądem wymioty, występujące w początku ciąży, w innych przypadkach zaburzenia nerwowe i psychiczne.

Nieżyt kiszek, o typie biegunki występował dość często jednocześnie ze świądem sromu.

Dalszy przebieg schorzenia był bardzo rozmaity, często mijało ono bez leczenia, kiedy indziej zaś było ono niezmiernie oporne na wszelkie wysiłki lecznicze.

Co się tyczy przypadków świądu, umiejscowionego poza sromem, to występował on na plecach, na sutkach (w 6. m. ciąży), na brzuchu, nogach, rękach, a w kilku przypadkach miał on charakter rozlany.

Czynniki etiologiczne na ogół nie różniły się od wymienionych przy świądzie sromu.

Leczenia autor nie podaje.

Dożylne wlewanie alkoholu w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył na tle zakaźnym. (Les injections intraveneuses d'alcool dans les thrombophlébites pelviénnes infectantes). L a m b e r t G.

Revue Française de Gynéc. et obstetr T. 32, Nr 7.

Wiadomo, że wlewanie 33% alkoholu stosuje się w przypadkach zakażeń połogowych. Działanie tego leku tłómaczy się przede wszystkim jego wybitnie łatwą wchłanialnością, zdolnością wzmagania przemiany gazowej, działaniem na serce, ciśnienie krwi, wysoką wartością kaloryczną. Nadmienić przy tym wypada, że chore gorączkujące świetnie znoszą wlewanie alkoholu.

Autor w 4 przypadkach zakrzepowego zapalenia wlewał dożylnie po 200 cm³ 33% alkoholu i to w kilka zaledwie dni po początku choroby z wynikiem dobrym, który autor przypisuje alkoholowi.

Mechanizm działania omawianego leku na stany zakaźne pozostaje w sferze hipotez, związanych ze wspomnianymi wyżej przypuszczeniami co do działania alkoholu na organizm.

Zwraca natomiast uwagę zupełna nieszkodliwość metody, przeciwko której, właśnie w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył można by wytoczyć szereg zarzutów co do bezpieczeństwa wlewania bezpośrednio do układu żylnego dużych ilości płynu.

Wbrew jednak tym obawom, ani nie wystąpiły jakiekolwiek objawy kliniczne niepokojące, ani laboratoryjne badanie czynności wątroby i nerek nie stwierdziły jakichkolwiek zaburzeń. Jedynym powikłaniem, zresztą bez większego znaczenia było zatkanie się żyły, do której wlewano alkohol, co czyniło niemożliwym wlewanie do tej samej żyły.

Zawadziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Ostre stany duszności u dzieci pochodzenia krtaniowego i krtaniowo - tchawicznego. (Les dyspnées aigues laryngies et laryngo - trachéales de l'enfnace). A. L a m a r l e y.

Les annales d'otolaryngologie 1937. N. 5.

Praca ta, której temat ważny dla pedjatry i laryngologa oparta jest na 10-letniej obserwacji i 1500 obrazach laryngoskopijnych, uzyskanych metodą bezpośrednią podczas napadu duszności, zasługuje na dokładniejsze zreferowanie.

Ostre ataki duszności dzieci pochodzenia krtaniowego wzgl. tchawicznego mogą dotyczyć 1) oseska lub dziecka starszego, a w tej ostatniej grupie okazywać 2) początek nagły lub 3)

stopniowy. Wedle tych kryterjów rozróżniamy 1) skurcz krtani tetaniczny (spasme tetanique), 2) laryngitis stridulosa (laryngite striduleuse) i 3) krup (croup diphthérique). Klasyfikacja ta, jakkolwiek w zasadzie jest trafną, pozostawia liczne luki pod względem klinicznym, jeśli nie zastosować w trakcie napadu laryngoskopii, względnie tracheoskopii bezpośredniej, zwłaszcza, iż badanie lusterkiem u dziecka wzgl. oseska przeważnie nie znajdzie zastosowania. Omawiam najprzód 2) Laryngitis stridulosa dzieci starszych. Cechą charakterystyczną jednostki tej jest jej przelotność (trwanie do godziny), występowanie nocą w sposób nagły i gwałtowny wśród duszności, kaszlu ostrego i szczekającego. Tłem analogicznym jest tu nagle występujące i ustępujące przekrwienie śluzówki podgłośniowej. Leczenie w zasadzie, o ile chodzi o sam napad, jest bez znaczenia, a rokowanie dobre. Z leczeniem zakładowym przypadki takie na ogół nie spotykają się; jeśli zaś z powodu przedłużania się ataku zdarzy się to, nasuwa to już wątpliwość co do zastosowalności powyższego rozpoznania. Mamy wówczas do czynienia raczej z jedną z trzech ewentualności: 2a) laryngitis wczesna przedodrowa, 2b) laryngitis przy grypie lub 2c) ciało obce. Odkładając 2a) na później, omówimy tu 2b) i 2c). Charakterystyka kliniczna dla 2b to: przeciągająca się poza jedną godziną, ostro występująca duszność krtaniowa wieku dziecięcego. Podkładem anatomicznym, który ujawni endoskopia jest obrzęk nadgłośniowy (rzadziej) lub (z reguły) podgłośniowy o charakterze nie naczynioruchowym — jak poprzednio, — lecz zakaźnym: pneumo- i streptokokowym lub innym. Obrzęk podgłośniowy postępuje przeważnie w szybkim tempie do tchawicy i oskrzeli i niżej (oedema pulmonum). I tu głos będzie utrzymany jak przy 2), lecz cierpieniu towarzyszą objawy choroby zakaźnej obok wysokiej ciepłoty; duszność o cechach z początku krtaniowych rychło przybiera charakter tchawiczno-oskrzelowy. Rokowanie jest groźne, a zejście śmiertelne nierzadko w 24 godzinach. W arsenale leczniczym propidon, antispasmodin w skromnych dawkach (większe porażają mięśnie oddechowe), inhalacje tlenu, lub — zdaniem autora — zastrzykiwanie podskórne tlenu, rozpylanie adrenaliny, aspirowanie śluzu z tchawicy, w ostateczności intubacji i tracheotomia. Laryngoskopia bezpośrednia wykazuje obok braku błon krupowych cechy charakterystyczne obrzęku nad — lub podgłośniowego najróżniejszego nasilenia i różnej rozległości.

Dla 2c) (corpus alienum) jest charakterystyczny początek w porze dziennej, kombinacji odruchu skurczu krtani i odruchu kaszlowego. Wywiad dostarczy dalszych ważnych szczegółów.

3) K r u p. Bardzo charakterystycznym jest tu stopniowy postęp objawów obok objawów intoksykacji przy miernej gorączce, kaszlu szorstkim, bezgłosie i powiększonych gruczołach szyjnych. Pewne okoliczności mogą spowodować nietypowy zespół objawów w krupie. Głos będzie mało lub wcale nie zaatakowany, gdy błony rozwijają się podgłośniowo; objawy wystąpią nagle, gdy strzępy błon, poruszając się w krtani wywołają skurcze krtani, zanim przyjdzie jeszcze do organicznego zwężenia. Wynik endoskopii jest w wątpliwych wypadkach rozstrzygający. Natomiast nie jest nim ujemny wynik badania wydzieliny z nosa lub gardła. Punkt wyjścia błonicy nierzadko jest poniżej głośni. Naogół biorąc, najważniejszym jest jednak spostrzeżenie, że duszność krtaniowa n a g l e występująca nie jest błonicą, a raczej wszystkim innym. Pamiętając o tej zasadzie unikniemy nie tylko zbytecznego stosowania surowicy swoistej, ale i nierozpoznania laryngitis stridulosa (2), laryngitis przy grypie (2b), skurczu krtani osesków (1) i szeregu innych rzadszych schorzeń jak: połączenie zwykłej laryngitis acuta z istniejącymi od dawna brodawczakami krtani; torbiel nadkrtaniowa, ciało obce. W rzadkich wypadkach obrzęk w trakcie choroby posurowiczej może naśladować objawy krupu.

Przechodzę do laryngitis odrowej, która w przeciwieństwie do szkarlatynowej i ospowej jest zdarzeniem dość częstym. Tu należy odróżnić laryngitis wczesną i późną, a we wczesnej należy odróżnić zespół objawów ostry i nagły przed pojawieniem się wysypki. od laryngitis w okresie wysypki, która zmienia głos, lecz nie daje duszności. Gdy myślimy wogóle o tej możliwości, wówczas stwierdzenie charakterystycznych objawów zwiastujących odrę uchroni przed błędem rozpoznawczym.

Laryngitis późna odrowa przypomina stopniowym cyklem rozwojowym raczej krup (i niekiedy się rzeczywiście z nim łączy). Tu znów endoskopia da cenne wyjaśnienie, gdy powoli objawy narastają, prowadząc do duszności. Od form lekkich czysto obrzękowych będzie należało odróżnić formy prowadzące do głębokich owrzodzeń, perichondrytów i dalszych stąd płynących powikłań.

Wreszcie osobną grupę stanowi 1): laryngospasmus osesków. Przyczyny tego zespołu mogą być dwojakie: miejscowe lub ogólne (centralne). Do pierwszych należą obok nieżytu nosa, stanu zapalnego adenoidalnego (adénoidite) i zaczynającej się bronchopneumonii także ropień tylnogardłowy (ab. acessus retropharyngealis); do ogólnych zwiększona pobudliwość skurczowa i tężyczka. Także w skurczach odruchowych należy mieć na myśli: ciało obce, helminthiasis, phimosis, schorzenia przewodu pokarmowego, ząbkowanie. W rzadkich razach w zespole przyczyn, spotykamy powiększenie grasicy, wczesną kiłę wrodzoną krtani, zniekształcenia niedorozwojowe krtani, brodawczaki krtani, torbiele krtani, ropnie wśródtchawiczne. Osobne ustępy poświęca autor 1) odczynom (często śmiertelnym) po niestosownie przeprowadzonych tracheoskopiach osesków, 2) ostrej niedodmie płucnej i 3) błyskawicznej tracheobronchitis (trachéo-bronchite fulgurante); na zreferowanie ich brak tu miejsca. Na zakończenie podaje autor przejrzysty szemat postępowania w trakcie rozpoznawania różniczkowego, dotyczącego omówionych chorób.

Wydzielanie nosowe a gruczoły dokrewne. (Sécrétion nosale et glandes endocrines). L. C h a v a n n e.

j. w.

Zasadnicze w tej pracy jest, że autor sprowadza zaburzenia naczynioruchowe w śluzówce nosa do przyczyny dokrewnej. Po opisaniu szeregu korelacji neuro-hormonalnych odnośnie do jąder, tarczycy, przedniego płata przysadki — autor przechodzi do omówienia stosunku grucze-

łów płciowych. tarczycy i przysadki do śluzówki nosa i jej czynności wydzielniczej, który bada eksperymentalnie na psach. Autor dochodzi do następujących wniosków: spostrzeżenia kliniczne i wyniki doświadczalne pokrywają się. Wytrzebienie powoduje zanik gruczołów i upośledzenie czynności wydzielniczej śluzówki nosa. Kliniczne spostrzeżenia (Ferriere) wykazują również obraz rhinitis atrophica przy niewydolności płciowej, podczas gdy w czasie dojrzewania płciowego opisał Haas zespół objawów (nieżyt z kichaniem i nadmiernym wydzielaniem), który najłatwiej wytłumaczyć jako następstwo nadczynności dokrewnej gruczołów płciowych. Podobne tłumaczenie przysługuje napadom wydzielania nosowego (rhinorrhées paroxystiques (Di-Pace) w czasie miesiączkowania, kichaniu napadowemu w ciąży (Heil), nieżytom naczynio-ruchowym tegoż okresu opisanym przez Freunda, Monassego, Imhofera i Sciferta. Doświadczenie wykazało hamujące działanie tarczycy na wydzielanie nosowe, a hypersekrecję po thyreoektomii. Znana jest suchość śluzówki nosa w Basedowie (Despons), niemniej zaburzenia w wydzielaniu nosowym przy podawaniu jodu, które potęgują się w wywołanych tą że drogą zespołach „jodo-basedowa” (J. Erath). Hautant uzyskuje zwiększenie wydzielania nosowego w wypadkach atrofii śluzówkowej przez podawanie małych ilości tarczycy. Wyciągi z przedniego płata przysadki hamują wydzielanie nosowe wprost lub działają też pośrednio drogą korelacji z innymi narządami (tarczycą). Bourgeois uzyskiwał rezultaty w rhinitis spasmodica stosowaniem przysadki (rozpylonej w rozczynie nowokainy) na śluzówkę nosa. Chavanne stosowaniem mieszaniny przedniego płata przysadki, tarczycy i jajnika.

Zaburzenia po wyłuszczeniu migdałków. (Troubles à la suite de la tonsillectomie). F. Erbrich i H. Lewenfisch.

j. w. Nr. 7.

Charakter obronny migdałków z tytułu ich budowy analogicznej do gruczołów chłonnych (ośrodki fagocytowe, ośrodki rozrodcze) nie może ulegać wątpliwości, podczas gdy czynność ich wydzielnicza (Fleichmann i inni) i wdzielnicza (Polatschek, Sludev, Wood, Sędziak i inni) jest dotychczas nieudowodniona. Autorzy niniejszej pracy zauważyli trwające około 3 dni zwiększenie ilości dobowej moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych i podjęli ścisłe przebadanie 50 przypadków w tym kierunku. W 35 z nich ilość dobowa moczu zwiększyła się o 130% do 44%, w 2 przypadkach znacznie więcej (do 5 litrów dziennie), w innych nieznacznie. Wzrost ten ilości moczu następował przy minimalnej ilości podawanych płynów. W innych kierunkach (cukromocz tętnicze ciśnienie krwi, poziom cukru w krwi) nie stwierdzono zmian. Po zabiegach na adenoidach, w nosie zmian w wydzielaniu moczu nie zauważono. Metoda znieczulenia nie miała wpływu na stwierdzone zjawisko. Należy je zakwalifikować jako przemijającą moczówkę prostą (diabetes insipidus), której źródło przypisywane jest jak wiadomo niedomodze tylnego płata przysadki, działającej hamująco na wydzielanie moczu. Zdaniem autorów w opisywanych przypadkach rozchodzi się o przemijający stan podrażnienia zwoju współczulnego szyjnego z następowym odruchem naczynio-ruchowym, działającym na czynność przysadki. Autorzy wskazują na włókna nerwowe współczulne, biegnące z gruczołów chłonnych szyjnych do przedniego płata przysadki. Od jądra przykomorowe-

go które się znajduje w bocznej ścianie trzeciej komory, biegną włókna nerwowe do jądra ponad optycznego, a stąd do tylnego płata przysadki.

A. Schwarzbart.

FYTOTERAPIA.

Odżywianie i człowiek współczesny. Winogrona i sok z winogron w odżywianiu i w lecznictwie. (L'alimentation et l'homme moderne. Les raisins et les jus de raisins dans l'alimentation et la thérapeutique). M. E y l a u d.

La Presse Médicale Nr. 86 1937.

Wartość odżywcza i lecznicza wina gronowego jest w chwili obecnej ściśle ustalona naukowo, wiemy jednak wszyscy, jak często alkohol w napoju tym zawarty — może być dla ustroju szkodliwy, równoważąc ujemnie niewątpliwe wartości dodatnie wina.

Technika współczesna znalazła sposoby ustalania bez zmian soku z wszelkich owoców, w związku z tym liczni członkowie Międzynarodowego Komitetu do badań winogron i win gronowych twierdzą kategorycznie, że sok winogronowy ma takie walory fizjologiczne, iż we wszystkich tych wypadkach, gdy lekarz z a b r a n i a używania w i n a, winien on z a l e c a ć użycie s o k u z w i n o g r o n.

Badania prof. B o n d o u y wykazały w soku z dojrzałych winogron:

wodę w ilości od 75 do 83%,

cukrowce (glukozę, lewulozę, dulcyt, mannit) w ilości od 14 do 25%,

kwasy organiczne: mrówczany, cytrynowy, winny, jabłeczny,

dwuwinian potasu do 3 — 4%,

związki mineralne: potas, wapń, magnez, żelazo i sód w postaci fosforanów, chlorków, bromków i fluorków,

tlenki żelaza i manganu,

substancje białkowe do 0,36%.

Długi szereg badaczy klinicznych, jak prof. D i e u l a f é (Tuluza), G i r a u d (Montpellier), L a b b é (Paryż), S e r i a n i (Rzym), K o s t o w (Sofia) i wielu innych, ustalił, że sok winogronowy zastępuje z korzyścią (lub dopełnia) dietę mleczną lub wodno-mineralną.

Ciekawe jest porównanie analiz mleka kobiecego i soku winogron w przeliczeniu na zawartość %-wą części składowych:

	w mleku kobiecym	w soku winogronowym
wody	87	75 — 83
substancji białkowych, azotowych	1,05	1,7
związków mineralnych	0,4	1,3
cukrów, gum	11	14 — 25

Dzięki dużej zawartości wody winogrona działają moczopędnie, a dzięki dużej ilości zawartości cukrów (650 do 900 kalorii na 1 litr) działają energetycznie; ubogie w tłuszcze i białka działają odtruwająco, a przez swą zawartość soli mineralnych utrzymują w ustroju równowagę zasad i kwasów. Wypada zaznaczyć również, że nie bez znaczenia dla ustroju jest stan koloidowy, zawartego w soku winogronowym, żelaza, oraz zawartość w nich życianów (witamin) B i C.

Wskazania dla kuracji winogronowej są nader różnorodne.

Na rekonwalescentów działa ona tonicznie, otyli znajdują w winogronach zdrowy środek odchudzający; chorzy na wątrobę, nerki, jelita docenią w pełni własności winogron moczopędne i czyszczące; przy sklerozie, dnie, gośćcu i nawet cukrzycy kuracja taka jest zalecenia godna. Dzieciom krzywiczym podawać należy sok z winogron czerwonych, starcy woleć będą bogatsze w cukier winogrona białe. Dla chorych gorączkujących jest wręcz niezastąpiony szampan bezalkoholowy: sok winogronowy zmięszany z wodą sodową.

Zależnie od tego czy rozporządzamy świeżymi winogronami, czy sokiem z winogron — postępowanie nasze przy tej kuracji winno być różne. Świeże winogrona podajemy przede wszystkim rano, naczczo (1 kg i więcej), 300 g na zakończenie drugiego śniadania lub obiadu i 300 g koło godz. 17 — 18; ogółem — zależnie od ustroju — chory może spożyć na dzień do 3 kg winogron. Kurację winogronową przeprowadzać należy najkorzystniej na odpowiednich stacjach klimatycznych, położonych wśród winnic (u nas — Z a l e s z c z y k i nadawać się będą do celów tych znakomicie. Przyp. Refer.).

Sok winogron utrwalony, może być używany wszędzie. 1 litr soku odpowiada ok. 4 kg świeżych winogron. Działanie soku jest pod wieloma względami całkowicie identyczne z działaniem świeżych gron winnych; odpada jedynie czynnik mechaniczny: działanie skórki i ziarn nasiennych na ścianki jelit.

Korzystając ze sposobności, warto zaznaczyć, że i inne części winnego krzewu są używane w lecznictwie.

Liście winogron czerwonych zdawna były używane, jako środek wzmacniający organizm, zwłaszcza u kobiet w okresie przekwitania.

Napar z pączków liściowych w wielu miejscowościach jest używany jako środek moczopędny i przeciwskurczowy; wytłoczyny — w kąpielach i okładach — przy gośćcu i rwie kulszowej (wpływ ich leczniczy D a x i R o y a t przypisują działaniu kwasu węglowego i ciepła).

Olejek eteryczny z Sassafras jako środek uspokajający. (Emploi de l'essence de Sassafras comme antispasmodique). H. L e c l e r c.

Odbitka autorska z La Presse Médicale (bez daty).

Sassafras (L a u r u s S a s s a f r a s L.) — drzewo pochodzenia brazylijskiego — należy w średniowiecznych kodeksach aptecznych, łącznie z sarsaparyllą, chiną i gwajakiem, do klasycznego zespołu środków napotnych — niezastąpionych.

Z biegiem czasu poszło ono ,jak i wiele innych środków roślinnych w całkowite zapomnienie, tak zupełne, że dziś w Europie drzewa tego nie znajdzie się w żadnej aptece czy drogerii, nawet najlepiej zaopatrzonej; można jedynie otrzymać olejek eteryczny z tego drzewa, używany często w przemyśle parfumeryjnym.

Olejek ten jest doskonałym środkiem przeciwskurczowym (kurcze żołądka u nerwowców) i lekko nasennym. L e c l e r c podaje go w następującej postaci:

olejku Sassafras 1 g,
pudru cukrowego 20 g,
podzielić na 20 porcji, 1 — 2 razy dziennie po 1 proszku i zapić naparem kwiatu lipowego pomarańczowego (lub lekkiej herbaty).

Herbata burbońska. (La thé de Bourbon). Jean Schunck de Goldfiem.

La Presse Médicale Nr. 80/1937.

Pod nazwą herbaty burbońskiej zna Francja napar suszonych roślin Angraecum fragrans Dupet.

Należą one do rodziny storczykowatych, pochodzących z wysp: burbońskiej (zwanej inaczej Reunion), Świętego Maurycego i Madagaskaru. Charakterystyczną ich cechą jest silny zapach kumaryny tworzącej się w miarę wysychania rośliny z zawartego w niej glukozydu, odmiennego od laroglossyny storczyków europejskich.

Napar z Angraecum (20 g na litr wrzącej wody) pobudza trawienie i działa uspokajająco na żołądek.

Łącznie z Herva Maté (Ilex paraguaensis) herbata burbońska działa uspokajająco na podrażnienia organów oddechowych przy grypie, sprawach nieżytowych oskrzeli i u gruźlików: na 1 litr wody bierze się 10 g Herva Maté i 10 g Herbae Angraeci, gotuje około ½ godziny i podaje — w stanie ciepłym — szklankę po każdym posiłku.

U dorosłych można z powodzeniem stosować wino lekkie białe, w którym wymacerowano przez 3 doby, na 1 litr wina 10 g Herva Maté i 10 Herb. Angraeci. Po przefiltrowaniu, pić należy 1 — 2 kieliszki tego wina przy każdym posiłku.

Herbata burbońska jest wybiorczym środkiem przeciwskurczowym, zwłaszcza przy skurczach odźwiernika. W takich razach należy stosować odwar z 30 cz. wagowych suszonej tej rośliny, gotowany w 100 częściach wody przez 30 minut, przefiltrowany i podawany na noc bardzo gorący.

W stężeniu 50 cz. na 100 cz. wody herbata burbońska jest znakomitym środkiem działającym na układ błędno - współczulny, wywołuje ona mocny sen, trwający około 10 godzin, o normalnym budzeniu się, bez żadnego działania szkodliwego na serce i system nerwowy. Po obudzeniu się, następuje bardzo obfite wydzielanie się moczu i lekkie wypróżnienie.

Zdaniem autora, w herbacie burbońskiej posiadamy środek, mogący oddać lekarzom — w określonych przypadkach — bardzo znaczne usługi.

Włośnica ber (Setaria italica P. B.) w odżywianiu ludzkim. (Le Millet dans l'alimentation de l'homme). Henri Leclerc.

Odbitka autorska z La Presse Médicale (bez daty).

Ezechiasz biblijny otrzymał nakaz — bezpośrednio od Stwórcy — dodawać włośnik do innych ziarn zboża i roślin strączkowych przy przygotowaniu chleba. Za czasów Pliniusza uprawiano włośnik na polach kampanii rzymskiej, służył on na wypiek chleba o doskonałym smaku i na polewkę, którą również chętnie żywili się Sarmaci, dodając do niej mleka lub krwi zwierzęcej. Z biegiem czasu pamięć o niej całkowicie zanika.

Jest to wręcz niesłuszne, włośnica bowiem zawiera w sobie wiele substancji pożywnych i — pod względem chemicznym — skład jej jest nader blizki kukurydzy. Według ostatnich badań francuskich, Setaria italica zawiera:

związków azotowych	od	8,78	do	15,54%
wody	od	10,10	do	13,00%
tłuszczu	od	2,20	do	7,30%
węglowodanów	od	55,31	do	66,52%
błonnika	od	3,00	do	10,23%
popiołu	od	1,40	do	6,50%

Odmiana włośnicy sudańska: Panicum Burgu Chev. (zwana tam powszechnie El-Bergon) jest tam niezmiernie ceniona: jako pokarm dla ludzi służą jej ziarna, z łodyg wydobywają rodzaj melasy (z tej melasy zgęszczonej robią rodzaj nugatów, sprzedawanych na wszystkich rynkach tuziemnych), całe rośliny są paszą zwierząt pociągowych.

Ze względu na swe własności odżywcze włośnica (jak również pokrewne jej proso zwyczajne: Panicum miliaceum L.) zasługuje na szersze uwzględnienie jej, jako jednej ze stałych ludzkich odżywek.

Obłuszczone ziarna dają kaszę łatwo strawną, bardzo posilną i szczególnie przydatną dla dzieci, starców i rekonwalescentów.

Przez smakoszy francuskich włośnica jest już dziś wysoko ceniona jako pokarm pożywny a lekki.

Piper methysticum Forst. (Le kawa-kawa). H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr. 9/1937.

W korzeniach rośliny podzwrotnikowej Piper methysticum znajdują się substancje z jednej strony tonizujące ustrój, wzmagające sprawność psychiczną i fizyczną, zmniejszające uczucie zmęczenia, a z drugiej podniecające funkcje trawienne, oraz wpływające zapobiegawczo i leczniczo na schorzenia zakaźne dróg moczopłciowych pochodzenia rzeżączkowego.

O ile — co do tych ostatnich własności — zagadnienie działania leczniczego tej rośliny zostało wyjaśnone z chwilą ustalenia w roku 1905 silnego działania bakteriobójczego żywicy kawainy (Baldi) na gonokoki i pałeczki okrężnicy, nie wyjaśniono dotychczas kwestii dlaczego i czym korzeń Piper methysticum, uspokajając ból wszelkiego rodzaju, działa jednocześnie ogólnie podniecająco, wywołując stan euforyczny.

Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że te działania Piper methysticum są może ważniejsze (nawet przy schorzeniach rzeżączkowych) od działania bakteriobójczego.

Prof. Leclerc stosuje szeroko wyciąg z korzeni omawianej rośliny w przebiegu priapismus i silnym parciu na mocz (tenesmus). W tych przypadkach stosuje on bądź pigułki o składzie:

wyciągu wodno - alkoholowego z korzenia
Piper methysticum (Kawa-Kawa) 0.1 g
lupuliny 0.15 g
na 1 pigułkę (podając je 6 — 8 razy dziennie), bądź napar z 10 gramów drobno krajanych tych korzeni na 150 cm. sz. wody (dawka dzienna 300 cm. sz.).

Rezultaty stosowania tych środków są również godne uwagi przy zapaleniach macicy (metritis), zapaleniach jajowodu (salpingitis), zapaleniach

pochwy (vaginitis). W cierpieniach tych L e c l e r c zaleca czopki o składzie:
wyciągu wodno-alkoholowego z korzeni

Piper methysticum (Kawa-Kawa)	0.1 g
wyciągu z pokrzyku (wilczej jagody)	0.01 g
masła kakaowego	5.0 g

podając 1 do 3 takich czopków na dobę.

Przy dnie doskonałe rezultaty daje 5% napar z korzeni Kawa-Kawa (3 filiżanki dziennie), który zobojętnia odchylenia chorych od zaleconej im skrupulatnej wstrzemięźliwości.

Krzyżownica syberyjska. (Polygala tenuifolia L., Polygala Senega L.).

Trav. de l'Inst. Éxper. Pharm. de Leningrad, t. II/1937.

Współpracownicy Doświadczalnego Instytutu Farmaceutycznego Z. S. R. R. przeprowadzili badania nad działaniem wykrztuśnym korzeni krzyżowniçy syberyjskiej, która wchodzi w skład leków, uznanych przez farmakopeję japońską [1]).

Ustalono biologicznie: zawartość w tych korzeniach s a p o n i n, które w równym stopniu dawały się wyługowywać z korzeni wodą, jak i 70% alkoholem (ma to duże znaczenie praktyczne, gdyż pozwala używać w lecznictwie trwałych wyciągów alkoholowych), oraz całkowity brak jakichkolwiek składników trujących.

Badania kliniczne nad krzyżownicą przeprowadzano w Oddziale Medycyny Ludowej Instytutu Medycyny Doświadczalnej na 37 chorych, podając im 10% wyciąg wodny z korzeni (lub odpowiednią ilość wyciągu alkoholowo - wodnego) 4 — 5 razy dziennie po łyżce stołowej.

Stwierdzono, że — zgodnie z podziałem leków wykrztuśnych na s e c r e t o m o t o r i c a i s e c r e t o l y t i c a — wyciągi z krzyżownicy działają w obu tych kierunkach; chorzy jednak na podawany im lek, bezpośrednio po rozpoczęciu leczenia, oddziaływują różnie: u 17 osób zaobserwowano — początkowo — zwiększenie natężenia kaszlu (u innych — nie), po czym następował jednak okres łatwego wydzielania plwociny, kaszel znikał i samopoczucie chorych wydatnie się poprawiało.

Ubocznie nie zaobserwowano żadnych objawów ujemnych ze strony serca, żołądka, nerek i jelit.

Ogólny wywód z tych badań zalicza krzyżownicę syberyjską do dobrych środków wykrztuśnych.

---

[1]) Nas — polaków — zagadnienie to może interesować tym żywiej, że krzyżownica syberyjska rośnie u nas koło Horodenki na Pokuciu, a — prócz niej — w skład naszej flory wchodzą pokrewne odmiany krzyżownic: S e n e g a m a j o r J a c q. (koło Krzemieńca), S. c o m o s a Rchb. (na całym niżu), S. W o l f g a n g i a n a Boss. (na Wileńszczyźnie), S. v u l g a r i s L. (na całym niżu), S. o x y p t e r a Rchb. (na zachodzie Polski), S. a l p e s t r i s Rchb. (w Tatrach), S. a m a r a a u c t. (w Tatrach i Pieninach) i S. a m a r e l l a Cr. (na całym niżu). — Przyp. Ref.

Kwiaty „nieśmiertelników" i ich działanie lecznicze. (Flores Stoechados Citrinae).

Trav. de l'Inst. Éxper. Pharm. de Leningrad, t. II/1937.

Zagadnienie leczenia kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego jest wciąż niezwykle aktualne ze względu na ciężki obraz kliniczny i długotrwałość tych schorzeń, jak i na małą skuteczność leczniczą wielu dotychczas używanych środków. Inne przyczyny wpływają na to, że bardziej jeszcze na czasie jest poszukiwanie czynnych leków wśród flory krajowej.

Nazwą apteczną: F l o r e s S t o e c h a d o s c i t r i n a e są oznaczane suszone kwiatostany 2-ch bardzo pospolitych roślin: K o c a n e k p i a s k o w y c h (H e l i c h r y s u m a r e n a r i u m Mönch.) i U k w a p u d w u p i e n n e g o (A n t e n n a r i a d i o i c a Gaertner).

Instytut farmakologiczny badawczy Z. S. R. R. dokonał licznych badań nad leczniczym działaniem na ustrój ludzki: 10% odwarów tych kwiatów, wyciągów na 30, 60 i 90% alkoholu, oraz ekstraktu suchego.

Działanie lecznicze Fl. Stoechados citrinae ustalił w roku 1898 D r a g e n d o r f, stosując je jako środek żółciopędny; H a g e r zalecał je jako lek przeciw dnie, krwawym biegunkom i zwiotczeniu (atonii) kiszek.

T h o m s podaje, że Helichrysum arenarium w medycynie ludowej znalazło zastosowanie moczopędne, glistogonne i jako lek chorób skórnych; w nowszych natomiast czasach zauważono silne zwiększanie wydzielania żółci, oraz soków żołądkowych i trzustkowych po zażyciu 10% odwaru tych kwiatów.

Większość farmakologów, zgłębiających zagadnienie czynnych substancyj Fl. Stoech. citr., zgodnie stwiedza, że zawierają one znaczną ilość olejku eterycznego, goryczki i garbnika; inni dodają jeszcze glukozydy i alkaloidy (bliżej nieokreślone).

Streszczane badania zostały wykonane na 13 chorych z zapaleniem pęcherzyka żółciowego, częściowo z kamicą nerkową. Wszystkim wprowadzano naczczo do dwunastnicy zgłębnik, przez który podawano — po zjawieniu się żółci — wyciąg z omawianych roślin w ilości od 2 do 5 cm^3. Dało to możność stwierdzenia, że wyciąg alkoholowy z Fl. Stoech. citr. nie działa na zwiększenie wydzielania się żółci; analogiczne wnioski otrzymano przy wprowadzaniu tych wyciągów, przez zgłębnik żołądkowy: nie otrzymano również zwiększenia wydzielania się soku żołądkowego. Porównawcze badania z wodnym odwarem kwiatów także nie wykazały żadnego wpływu takiego odwaru na wydzielanie soku żołądkowego.

Wręcz odmienne rezultaty otrzymano, stosując odwar z 16 gramów kwiatów na 480 cm. sz. wody destylowanej, zagęszczony na łaźni wodnej do 300 cm. sz. i podawany 3 razy dziennie po 100 cm. sz. — w stanie ciepłym — na 1 godzinę przed jedzeniem małymi łykami (100 cm. sz. pić należy 30 minut!).

Działanie tak podawanego odwaru obserwowano na 17 chorych (15 kobiet i 2 mężczyzn) z chronicznym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Wiek chorych wahał się od 23 do 62 lat, czas choroby od 2 do 30 lat; warunki bytu chorych były różne: od bardzo ciężkich (kamieniarz), do bardzo pomyślnych (artystka operowa). Niektórzy

chorzy, oprócz schorzeń pęcherzyka żółciowego, cierpieli zdawna na chroniczny katar żołądka (5), na wrzód dwunastnicy (2) i na pasorzyty jelitowe (3).

Leczenia odwarem z nieśmiertelników trwa przeciętnie miesiąc, z przerwami 6 dniowymi między 2 seriami podawania leku przez dni 10. Wszyscy chorzy byli na diecie mlecznej; żadnych środków farmakologicznych innych im nie dawano; z zabiegów fizykalnych dopuszczono suche ciepło na okolice wątroby.

Przed leczeniem w ten sposób, chorzy byli badani wszechstronnie; u wszystkich (z wyjątkiem 1 przypadku obostrzenia procesu chorobowego), badano naczczo treść dwunastnicy, następnie wprowadzano 100 cm, cz. ogrzanego odwaru (j. w.) i po 5 — 10 minutach zbierano przez zgłębnik żółć. Badania porównawcze przeprowadzano, używając wodę przekroploną zamiast odwaru z nieśmiertelników; badano również układ trawienny cały, układ krwionośny, krew, działalność nerek i mocz.

Badania te ustaliły:

1) silne napięcie ścianek jamy brzusznej, obserwowane u 13 chorych, dostarczonych przez Pogotowie Ratunkowe w ataku kamicy żółciowej, znikło bez śladu, po przeprowadzonym leczeniu, u osób 12;

2) zwiększenie pęcherzyka żółciowego, namacalnego u 7 chorych, znikło w 6 przypadkach;

3) bóle, które u 13 chorych dochodziły do znacznego natężenia, znikły całkowicie w 8 przypadkach; w 5 zachował się tępy ból, odczuwalny jedynie przy głębokim macaniu (palpatio), w 3 ból występował jedynie okresowo.

Żółtaczka — wyraźna w 2 przypadkach i słaba w 5 — znikła bez śladu.

Przy badaniu dwunastnicy, na 16 chorych, wyraźny refleks pęcherzyka żółciowego występował u 7 (po 10 — 15 minutach od wlania ciepłego odwaru z kwiatów wydzielała się obficie gęsta żółć barwy oliwkowej, w ilości 3 — 6 probówek w ciągu 25 — 30 minut); w 3 przypadkach wydzielanie się żółci, choć słabsze, było znacznie większe, niż w badaniach kontrolnych wodą.

Po osiągnięciu dobrych rezultatów z omówionym powyżej zgęszczonym odwarem Fl. Stoechados citrinae, przystąpiono do badań z wyciągami eterowymi i wodnymi, wyparowywanymi do suchej pozostałości.

Wnioski, do których doszedł zespół pracowników Instytutu przy tych badaniach klinicznych, dają się streścić następująco:

1) Fl. Stoechados citrinae w odwarze (przygotowywanym jak opisano wyżej) dawał dobre wyniki lecznicze przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciowej;

2) odwar ten jest niewątpliwie wartościowym środkiem żółciotwórczym (Choleretieum) i żółciopędnym (Cholagogum) [2]).

3) Słabe napary tych kwiatów wodne i wyciągi alkoholowe — leczniczo nie działają;

4) wyciągi eterowe i wodne, wyparowane do sucha, działają podobnie do zgęszczonych odwarów wodnych.

Wład. Biernacki.

[2]) Wyniki te potwierdzili całkowicie badacze rosyjscy, jak prof. prof. Kahan-Jasny i Piotrowski (v. „Kliniczna Medycyna" 1934, Nr. 8 i „Ukraińskie Archiwum Lekarskie" 1932, Nr. 3 — 4. 4). — Przyp. Refer.

KOMUNIKATY

ORGANIZACJA MEDYCYNY PRACY W PARYŻU.

Dla należytego zorganizowania pracy konieczne jest wyszkolenie personelu kierowniczego. W tym celu organizować trzeba kursy dla lekarzy społecznych i kierowników ośrodków pracy. Prócz tego trzeba dążyć do podniesienia poziomu kultury i higieny wśród mas robotniczych. W akcji organizacji pracy bierze udział we Francji wydział lekarski Uniwersytetu Paryskiego i Inspektoraty Pracy. Instytucją zwierzchnią jest Międzynarodowe Biuro Pracy przy Lidze Narodów.

Medycyna Pracy obejmuje 2 działy: zapobiegawczy i leczniczy.

Dla podniesienia poziomu zdrowotności organizuje się spółdzielnie mieszkaniowe i kuchnie robotnicze.

Lecznictwo otrzymuje głównie wypadki przy pracy i choroby zawodowe, do których zaliczyć trzeba ostre zatrucia i przewlekłe sprawy chorobowe.

Odrębnym zagadnieniem medycyny społecznej jest sprawa ograniczenia pracy i opieka nad kobietą ciężarną. Nieodpowiednie warunki pracy w czasie ciąży powodują często poronienia, przedwczesne porody lub też wpływają na nieprawidłowy rozwój dzieci.

Lekarze fabryczni powinni być dokładnymi kontrolerami stanu zdrowia wszystkich pracowników i ich rodzin. Przyjmowanie do pracy nowych kandydatów odbywać się winno po dokładnym badaniu lekarskim.

Każdą fabrykę należy wyposażyć w podręczną apteczkę. Lekarz fabryczny powinien mieć możność umieszczenia w razie potrzeby chorego w najbliższym szpitalu.

Ostatnią zdobycz medycyny społecznej stanowią przychodnie psychotechniczne, które przyczynią się do obsadzenia wolnych miejsc odpowiednimi ludźmi.

REDAKCJA otrzymała w dniu 15 listopada r. b. list treści następującej:

Wielce Szanowna Pani Redaktorze!

Uprzejmie prosimy o łaskawe zamieszczenie w najbliższym numerze „Wiedzy Lekarskiej" poniższego oświadczenia naszego

W prospektach, poświęconych nowemu preparatowi naszemu „A d y s m e n o", wspomniano o wynikach, otrzymanych z tym preparatem na Klinice Ginekologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.

Poczuwamy się do obowiązku stwierdzić, że wzmianka ta — przez niedopuszczalne przeoczenie — została umieszczona we wspomnianych prospektach bez uzyskania na to uprzedniej zgody Jaśnie Wielmożnego Pana Dyrektora tej Kliniki, Profesora Dra Adama C z y ż e w i c z a.

Czujemy się w obowiązku za przeoczenie to J. W. Pana Prof. Dra Czyżewicza i na tym miejscu najserdeczniej przeprosić.

Zgóry dziękując za ogłoszenie tego oświadczenia, łączymy, Pani Redaktorze, wyrazy naszego wysokiego szacunku

Chem. Farm. Zakł. Przem. Handl.
L. N a s i e r o w s k i
(—) L. Nasierowski

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.